Rok XLII. Kraków 14 Listopada 1903. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

1. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Marsa we Lwowie.

Fistulae cervico-vaginales laqueaticae

napisał

Dr. Rudolf Brejter,

I. asystent kliniki.

W sierpniu zeszłego roku ogłosił F. Neugebauer z Warszawy 9 przypadków przetok maciczno-pochwowych, zebranych w piśmiennictwie; wkrótce potem Wormser z Bazylei dwa i Dirmoser z Wiednia jeden podobny przypadek. A zatem znanych i opisanych mamy 12 przypadków tych przetok.

Niejasne zupełnie ich powstawanie, jakoteż rzadkość, zachęciły mnie do opisania dwóch podobnych przypadków, które się zgłosiły po poradę do kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej wkrótce po ogłoszeniu pracy Neugebauera. Przebieg ich jest następujący:

Przypadek I. L. p. 311. — *M. M.*, l. 26, zgłosiła się do kliniki 11. grudnia 1902 r. W 12. roku życia przechodziła dur brzuszny. Pierwsza miesiączka wystąpiła w 15. roku życia, następne co miesiąc, trwały 3—4 dni, miernie obfite, bolesne; ostatnia przed 10-ciu dniami. Nie rodziła; roniła raz przed trzema laty w 3. miesiącu ciąży. Od czasu poronienia uczuwa bóle nad spojeniem łonowem, w krzyżach, cierpi na upławy białe, które często bywają różowo zabarwione. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Badanie narządów zewnętrznych nie przedstawia żadnych nieprawidłowości; badanie wewnętrznych części rodnych wykazuje: część pochwowa długa, stożkowata, siodełkowata, ujście zewnętrzne tworzy drobniutkie zagłębienie o brzegach gładkich i jest zwrócone ku przodowi, t. j. ku spojeniu łonowemu. Na tylnej ścianie części pochwowej w odległości mniej więcej 1 ctm. od ujścia zewnętrznego wyczuwa się zagłębienie, względnie ubytek w ciągłości tkanki. Średnica poprzeczna ubytku szersza, zajmuje prawie całą szerokość tylnej ściany części pochwowej; średnica prosta zaś krótsza, szerokość jej nie dochodzi 1-go ctm. Brzegi ubytku głębokie, ostro się odgraniczają, z pojedynczemi nierównościami, dno zaś daje uczucie, jak gdyby było zasiane drobniuchnym piaskiem. Mostek dzielący ujście od przetoki, jest gładki; żadnych blizn przy dokładnem badaniu wyśledzić nie można.

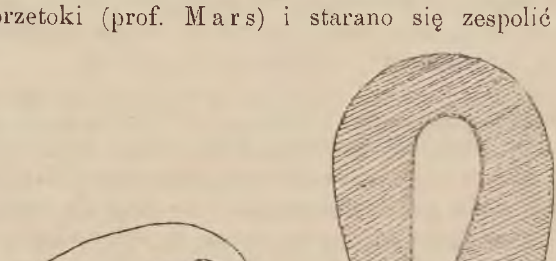
Zbitość części pochwowej cokolwiek znaczniejsza. Ciało macicy w przodo-pochyleniu, twardsze, nieznacznie powiększone, cała macica kształtu ogórkowatego *(uterus cucurbitaceus)*. Ruchomość ciała macicy względem szyi upośledzona. Trąbki i jajniki obustronnie prawidłowe. W świetle wziernika okazuje się tylna ściana części pochwowej; ujście zewnętrzne wielkości główki od szpilki, skierowane ku przodowi, kryje się pod przednią ścianą wziernika. Ubytek wyżej wspomniany, wielkości halerza, przedstawia się jako zagłębienie owalne o brzegach wysokich i dnie zabarwionem żywo czerwono, zasianem drobnemi nierównościami, w którem widać szczelinę poprzeczną, znajdującą się w tylnej części dna. Zgłębnik wprowadzony do szczeliny wchodzi do jamy macicy na długość 7-miu ctm. Równocześnie wprowadzony zgłębnik chirurgiczny do drobniutkiego ujścia zewnętrznego okazuje się pod przednim brzegiem zagłębienia, co dokładnie jest przedstawionem na poniżej zamieszczonym rysunku *C*, rysunek zaś *D* przedstawia macicę w przecięciu.

Rozpoznanie: *Fistula utero-vaginalis laqueatica, metritis chronica, uterus cucurbitaceus.*



Rysunek C.

Postanowiono operacyjnie przetokę usunąć. Odświeżono brzegi przetoki (prof. Mars) i starano się zespolić brzeg



Rysunek D.

przedni z tylnym, t. j. zeszyć w kierunku osi poprzecznej, jak kształt przetoki tego wymagał. Zespolenie to jednak oka-

zało się niemożliwem; nie pozwalała bowiem na to z jednej strony jędrność tkanek zmienionej macicy, z drugiej zbyt wielki ubytek.

Poprowadzono zatem cięcie podłużne przez całą grubość tylnej ściany części pochwowej, łączące drobniutkie ujście zewnętrzne z przetoką, podobnie jak przy operacyi Simsa; w ten sposób powstały dwa płaty ruchome, które można było przesunąć, względnie nagiąć z łatwością ku tyłowi, t. j. w miejsce istniejącej przetoki i zupełnie ją nakryć, zeszywając brzegi tylne płatów z brzegiem tylnym przetoki.

Następnie wprowadzono setonik gazy jodoformowej do szyi, kierując go na zewnątrz pomiędzy brzegami cięcia podłużnego, nie dopuszczając w ten sposób do ponownego ich



Rysunek A.



Rysunek B.

zrośnięcia się. Brzegi przetoki się zrosły, a ujście pozostało szerokie i przebiegało w kierunku podłużnym. Poniżej zamieszczone rysunki dokładnie przedstawiają przebieg operacyi i stosunki pooperacyjne. *(A i B).*

Używając tego cięcia, zyskaliśmy dwie rzeczy, t. j. po pierwsze udało się pokryć przetokę i uniknąć niekorzystnego napięcia tkanek; powtóre rozszerzono ujście zewnętrzne, co było również wielce wskazanem; ułatwiając bowiem odpływ swobodny wydzielinie macicy, zyskaliśmy znowu większą pewność zagojenia się przetoki i uniknęliśmy następowego krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego.

Przypadek II. L p. 133. *K. M.* l. 40, zgłosiła się dnia 8/V. 1903 r. Zamężna po raz wtóry, z pierwszym mężem żyła lat 4, z drugim do dnia dzisiejszego, t. j. lat 10. Nie chorowała nigdy. Pierwsza miesiączka w 20 r. życia, następne w prawidłowych odstępach czasu, trwające dwa dni, skape, niebolesne. Ostatnia miesiączka miała miejsce przed kilku dniami. Rodziła 7 razy (troje dzieci z pierwszego małżeństwa, czworo z drugiego). Porody były ciężkie, czasowe, dzieci rodziły się nieżywe z powodu przedłużania się porodu, prócz dziecka pierwszego z drugiego małżeństwa, które wkrótce po urodzeniu się umarło. Piąty poród operacyjny — kleszczowy. Nie roniła. Od czasu porodu operacyjnego moczu nie utrzymuje, który tuż po porodzie samoistnie zaczął odchodzić. Zresztą żadnych dolegliwości nie odczuwa.

Status praesens: Badaniem zewnętrznem nie można wykazać żadnych nieprawidłowości ważniejszych. Okolice sromu i ud wyprzałe, srom ziejący, na międzykroczu stara blizna. Wejście do pochwy i pochwa szerokie. Część pochwowa walcowata, gruba, ujście zewnętrzne poprzeczne, kanał szyi drożny dla palca, ku górze się zwęża; brzegi ujścia zewnętrznego z wybitnymi wrębami po obu stronach; wrąb po stronie lewej sięga głęboko w sklepienie lewe i ku przodowi, tworząc bliznę głęboką, lecz wcale podatną.

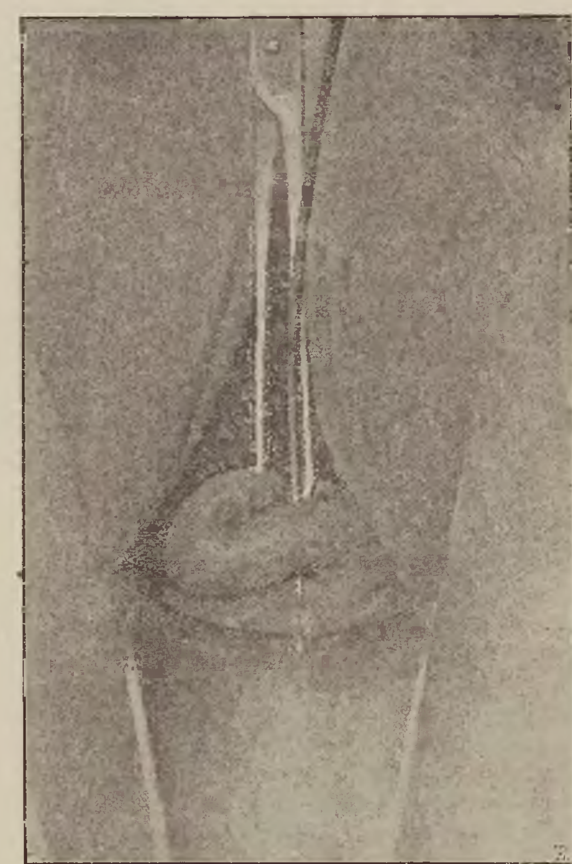
Na tylnej ścianie części pochwowej, mniej więcej na centymetr od brzegu ujścia zewnętrznego, znajduje się poprzeczne zagłębienie, w którem można wyczuć otworek wielkości grochu, kształtu owalnego, znajdujący się cośkolwiek na lewo, o brzegach twardszych. Ciało macicy w tyło-zgięciu, kuliste, cokolwiek powiększone, dające się z łatwością wprowadzić w przodopochylenie. Trąbki i jajniki prawidłowe. Badanie miednicy kostnej wykazuje znaczne ścieśnienie: d sp. = 23. $^1/_2$, d. cr. = 27, d. tr. = 29, c. extr. 16 $^1/_2$, c. dg. = 9. Palec badający dostaje się z łatwością do wzgórka, kości krzyżowej silnie występującego, na którym wyczuć można wyniosłość kostną wielkości małego orzecha laskowego, umiejscowioną cokolwiek na lewo. Wygięcie kości krzyżowej wybitne; dolna jej część silnie zagina się ku przodowi. Na tylnej ścianie spojenia łonowego na 1 ctm. od dolnego jego brzegu i cokolwiek na lewo wyczuć można również guzek wielkości dużego grochu.

Fotografia powyższa *E.* zdjęta przy pomocy wziernika, przedstawia część pochwową grubą, walcowatą; ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami obustronnymi. Wrąb po stronie lewej, głęboki, przechodzi przez całą grubość części pochwowej, gubiąc się w bliźnie w przedniej części sklepienia lewego. Na tylnej ścianie części pochwowej, niespełna centymetr od brzegu ujścia zewnętrznego, znajduje się linijna blizna poprzeczna, przebiegająca przez całą tylną ścianę części pochwowej, w środku której, względnie cośkolwiek bardziej na lewo, znajduje się owalny otworek, do którego można z łatwością wprowadzić gruby zgłębnik maciczny. Zgłębnik wchodzi do jamy macicy na $7^1/_2$ ctm. wprowadzony do ujścia zewnętrznego przedostaje się z łatwością do otworka powyższego, ukazując się w jego świetle. Przestrzeń pomiędzy brzegiem ujścia zewnętrznego a przetoką gładka, blizn stwierdzić nie można. Przy bliższem oglądaniu blizny w lewem sklepieniu spostrzega się otworek o świetle włosowatem, do którego wprowadzony cieniutki zgłębnik chirurgiczny przedostaje się do pęcherza moczowego. Przy równoczesnem wprowadzeniu cewnika szklanego do pęcherza i poruszaniu nim, ręce badające doznają charakterystycznego uczucia chrzęstu.

Rozpoznanie: *Fistula vesico-vaginalis nec non fistula cervico-vaginalis laqueatica posterior.*

Przetokę pęcherzową okrojono i zeszyto ze skutkiem pomyślnym, przetokę zaś w tylnej ścianie części pochwowej, jako obojętną i bez znaczenia, pozostawiono nietkniętą.

Geneza tych przetok wogóle jest ciemną. Neugebauer, zebrawszy z piśmiennictwa dziewięć podobnych przypadków,



Rysunek E.

wylicza wiele przyczyn, powodujących powstawanie przetok maciczno-pochwowych, na które się pojedynczy autorowie powołują.

Do tych należą:

1. Podłużne pęknięcia szyi z częściowem zrośnięciem się brzegów w okolicy dolnej pęknięcia.

2. Zrośnięcie się częściowe okrwawionych brzegów po operacyi plastycznej Emmeta.

3. Wrzody: gruźlicze, kiłowe, rakowate, błonicze.

4. Obumarcia uciskowe, stojące w związku z porodem.

5. Urazy, zwłaszcza podczas wzniecania zbrodniczych poronień.

6. Podwójne wrodzone ujście zewnętrzne.

7. Pęknięcie samoistne tylnej ściany części pochwowej podczas porodu.

To są przyczyny, jakie Neugebauer zestawił, mogące wywołać przerwę w ciągłości tkanki części pochwowej, zwłaszcza jej ściany tylnej.

Przyczyny wyliczone pod 1, 2, 3 i 4, zdaje mi się, iż nie potrzebują żadnego tłómaczenia; powstawanie przetok maciczno-pochwowych pod wpływem tych przyczyn, aczkolwiek bardzo rzadkie, jest zupełnie możliwem i jasnem.

Więcej mogą nas zająć przetoki powstałe *sub tentamine abortu*, a mianowicie ze stanowiska sądowo-lekarskiego, jakkolwiek powstanie ich również jest zupełnie zrozumiałe.

Wykreśliłbym zaś zupełnie z powyżej wyliczonych przyczyn przypadki, wymienione pod 6, t. j. z podwójnem wrodzonem ujściem, które nie zasługują zupełnie na nazwę przetok w pojęciu patologicznem, lecz musimy uważać je za zboczenie rozwojowe, ani umiejscowieniem, ani wogóle istnieniem swojem nie pociągające za sobą złych następstw.

Zagadkowe natomiast i wielce interesujące są przetoki, wspomniane pod 7, t. j. pęknięcia samoistne tylnej ściany części pochwowej podczas porodu, względnie poronienia. Przetoki te nazwałbym samoistnemi *(ruptura cervicis spontanea)*, powstającemi z przyczyn nam bliżej nieznanych, w przeciwieństwie do powyżej wyliczonych, które są wyrazem, względnie następstwem urazu zewnętrznego i zasługują na nazwę przetok wtórnych, następowych.

Przypadek nasz pierwszy zaliczam właśnie do pęknięć samoistnych, pod 7 przytoczonych.

Nie chcąc sprawy rozwlekać wykluczaniem pojedynczych przyczyn, mogących powodować powstanie przetoki w naszym pierwszym przypadku, zaznaczam z góry, iż po sumiennych wywiadach, jakoteż sądząc z umysłowego stanu chorej, która sobie nawet sprawy nie zdawała z tego, iż onego czasu była w ciąży, przyszliśmy do przekonania, iż przetoka w danym przypadku powstała samoistnie podczas poronienia, po pęknięciu tylnej ściany części pochwowej. Tu zaliczam również przypadki Nordmanna, Schauty-Pieringa, Jaqueta, Steffecka, Olshausena, Wormsera i Dürmosera.

Niewyjaśniony dotychczas sposób powstawania tych przetok będę się starał ująć w pewne objawy w przypadkach opisanych, o ile dokładność opisów na to pozwala i opierając się na pewnych danych w naszym przypadku pierwszym.

Przedewszystkiem zwrócić muszę uwagę na dwie okoliczności:

1) że przetoki powyższe powstają podczas poronień, t. j. pod wpływem skurczów macicy;

2) że przetoki te powstają wyłącznie tylko na tylnej ścianie części pochwowej.

Obie te okoliczności dadzą się wytłómaczyć z łatwością, jeśli przyjmiemy towarzyszące przetokom sprawy zapalne przewlekłe, toczące się na błonie śluzowej i w miąższu macicy, za podstawę cierpienia, nie zaś za ich następstwo, jak niektórzy autorowie utrzymują. Co do pierwszej okoliczności, to sądzę, iż nie potrzebuję się długo nad nią zatrzymywać, gdyż znany jest ogólnie wpływ spraw zapalnych macicy na ciążę; co do drugiej okoliczności, to pozwolę sobie na kilka uwag.

Z powodu spraw zapalnych przewlekłych miąższ macicy traci swą właściwą elastyczność i staje się bardziej kruchy, niepodatny. Jeśli teraz sprawa zapalna zajmuje okolicę ujścia wewnętrznego, może przyjść do unieruchomienia ciała macicy przodopochylonej względem szyi, jak to można było spostrzegać w naszym przypadku. Jeżeli teraz wśród tych warunków przychodzi do poronienia, to podczas skurczów macica nie może się wyprostować, kanał szyi i kanał macicy nie leżą w linii prostej, jak w warunkach fizyologicznych.

Z powodu zatem unieruchomienia ciała macicy przodopochylonej względem szyi, kanał macicy pozostaje podczas skurczów niewyprostowany, zagięty pod pewnym kątem, a kierunek działania skurczów macicy nie wypada w linii osi kanału szyi, lecz na tylną ścianę szyi macicy. Podczas zatem wypychania jaja płodowego z jamy macicy do szyi rozszerza się kanał szyi w swej górnej części przeważnie kosztem tylnej ściany szyi. Jeśli zatem w takim przypadku mamy jeszcze do czynienia z wrodzonem zwężeniem całego kanału szyi, które to zwężenie tembardziej zostaje spotęgowane sprawą zapalną, t. j. obrzękiem błony śluzowej i miąższu, jak w naszym przypadku, to zdaje mi się, iż pod wpływem skurczów ciała macicy i kierunku ich działania niedrożny kanał szyi zostaje prawie z akcyi całej wyłączony, tylna ściana szyi będzie coraz bardziej rozciąganą, wytwarza się zaułek, do którego jajo płodowe zostaje wypychane. W miarę zaś działania skurczów cieńczeje ściana zaułka, wreszcie pęka, dając początek powstaniu przetoki. Mechanizm ten przypomina wielce mechanizm powstania centralnego pęknięcia międzykrocza podczas porodu przy nieznacznem nachyleniu miednicy.

Bardzo ważny również wpływ na powstawanie takich przetok może mieć, o ile mi się zdaje, i kształt części pochwowej.

W naszym przypadku pierwszym część pochwowa miała kształt siodełkowaty; ujście zewnętrzne, wielkości główki od szpilki, zwrócone zupełnie ku spojeniu łonowemu. W świetle wziernika rurkowego na pierwszy plan występowała silnie wypuklona tylna ściana części pochwowej, ujście zaś zupełnie się chowało pod przednią ścianę wziernika. Podobnie przedstawiają się też przypadki Steffecka i Wormsera, a o ile z pobieżnego opisu sądzić można, i przypadek Dürmosera; a może do tych przetok samoistnych zaliczyćby należało i przypadek F. Neugebauera?

Otóż w tych przypadkach kształt części pochwowej stwarza warunki tem pomyślniejsze do powstawania przetok w myśl wyłuszczonych zapatrywań, gdyż w tych warunkach kanał szyi przebiega w linii jeszcze bardziej krzywej.

Streszczając powyższe wywody możemy powiedzieć, iż warunki, które umożliwiają powstanie podczas poronień przetok samoistnych na tylnej ścianie części pochwowej, są następujące:

I. Utrata elastyczności i kruchość miąższu

macicy w następstwie spraw zapalnych przewlekłych;

II. następowe zniesienie ruchomości ciała macicy przodopochylonej względem szyi;

III. zwężenie całego kanału szyi;

IV. nieprawidłowy kształt części pochwowej (siodełkowaty).

Punkt IV. uwyżam za niekonieczny, w każdym razie dość częsty i wielce ułatwiający powstawanie przetok.

Nie zgodziłbym się w zupełności z poglądami Wormsera na powstawanie tych przetok. Według jego zdania pęknięcie ściany części pochwowej prawdopodobnie powstaje podczas tak zwanego *„abortus cervicalis“* u pierwiastek· a mianowicie wówczas, gdy jajo płodowe zostaje urodzone do rozdętej silnie szyi, podczas gdy ujście zewnętrzne jeszcze jest drobne i nie rozszerza się. Otóż Wormser przypuszcza, iż bardzo wczesne jajo nie może spowodować pęknięcia, gdyż jest za małe; w 5-tym jednak miesiącu według niego jestto możliwem. Przeciw temu przemawia już ta okoliczność, iż pęknięcia znajdują się zawsze w jednem i tem samem miejscu, t. j. na tylnej ścianie części pochwowej.

Ciśnienie w ten sposób rozdętej szyi, t. j. podczas *„abortus cervicalis“*, jest na wszystkie ściany jednakowe. Pęknięcia zatem szyi, powstałe w ten sposób, przydarzałyby się równie często w innych miejscach części pochwowej, zwłaszcza w najsłabszych, t. j. w okolicach bocznych, jak nas poucza codzienne doświadczenie przy porodach.

Kształt pęknięcia czyli przetoki może być poprzeczny lub podłużny. Zdaje mi się, iż kształt ten zależy li tylko od przypadku, względnie możnaby myśleć o tem, która warstwa mięśni, t. j. czy okrężna czy podłużna, jest tęższą i później ustępuje pod naciskiem, względnie pęka. I tak: pęknięcie włókien podłużnych da nam linię poprzeczną, pęknięcie zaś okrężnych podłużną.

Przypadek nasz drugi, wyżej opisany, zaliczam do kategoryi 4-tej, t. j. powstanie przetoki skutkiem obumarcia uciskowego podczas porodu. Przypadek ten jest zupełnie jasnym. Podczas porodu pozostawała przez dłuższy czas okolica przetoki pod wpływem ucisku, wywieranego z jednej strony częścią przodującą płodu, t. j. główką, z drugiej wybujałością kostną w okolicy wzgórka. Skutkiem złego odżywienia w następstwie ucisku przyszło do obumarcia tej części i oddzielenia się, a powstały ubytek, nie wypełniwszy się, pozostał przetoką.

Wyniki operacyjne tych przetok, o czem wspomina F. Neugebauer, są niepomyślne; świadczą o tem przypadki F. Neugebauera, Nordmanna-Fehlinga i Wormsera, w którychto pomimo kilkakrotnych zabiegów operacyjnych nie udało się usunąć przetoki. F. Neugebauer zupełnie słusznie przypisuje złe wyniki zbliznowaceniu brzegów przetoki i za wielkiemu napięciu tkanki po ściągnięciu szwów. Zdaje mi się, iż jeszcze jeden bardzo ważny czynnik wchodzi tu w grę, a mianowicie utrudnienie odpływu zmienionej i obfitszej wydzieliny błony śluzowej macicy po zeszyciu przetoki. Dlatego starałbym się najpierw stworzyć warunki pomyślniejsze dla odpływu wydzieliny przez rozszerzenie krwawe ujścia zewnętrznego, względnie szyi, a następnie okrwawić i zeszyć brzegi przetoki. Tak postąpiliśmy w naszym przypadku pierwszym i osiągnęliśmy wynik dodatni, dlatego uważam ten warunek za bardzo ważny i konieczny. Opis dokładny operacyi wraz z rysunkami szematycznymi podałem powyżej. Sposób powyższy operowania nadaje się wielce przy przetokach po pęknięciu poprzecznem, t. j. w których oś poprzeczna jest dłuższą od podłużnej. Przy przetokach podłużnych radziłbym po rozszerzeniu krwawem ujścia zewnętrznego pokryć przetokę plastycznie płatkami.

Kończąc niniejszą publikacyę, niech mi wolno będzie złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie memu Czcigodnemu Szefowi, Profesorowi Marsowi, za odstąpienie mi niniejszego materyału.

II. Przypadek ropnia pozaoponowego pochodzenia usznego.

Napisał

Dr. R. Spira,

kierownik ambulatoryum otyatrycznego w szpitalu izraelickim w Krakowie.

Ropniem pozaoponowym w szerszem słowa znaczeniu nazywamy wszelkie nagromadzenie się ropy między kością czaszki, a jej okostną wewnętrzną, t. j. oponą twardą. W ściślejszem znaczeniu stosujemy nazwę ropień pozaoponowy do nagromadzenia się pewnej ilości ropy na ograniczonem tylko miejscu między kością a oponą, podczas gdy ropienie więcej rozlane, otaczające oponę twardą na większej rozległości, oznaczamy (Grunert) mianem ropienia pozaoponowego. Podobny ropień, otaczający zatokę żylną, nazwano ropniem okołozatokowym. Jedna i druga postać ropienia powstaje wskutek zapalenia zewnętrznej powierzchni opony twardej, spowodowanego rozszerzeniem się zapalenia ropnego z jamy bębenkowej, lub z wyrostka sutkowego, albo wreszcie z błędnika, na jamę czaszkową. Powikłanie to przeważnie występuje w ostrem lub przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środkowego, znacznie rzadziej spostrzegano je w prostem, nie ropnem, albo też nieżytowem zapaleniu tego narządu. Drogę, którą ropa z ucha dostaje się do jamy czaszkowej, stanowią przeważnie małe przetoki, prowadzące z jamy bębenkowej sutkowej do tylnego lub środkowego dołu czaszkowego. Zależnie od tego ropień pozaoponowy znajduje się w średnim, względnie w tylnym dole czaszkowym. Innym razem choroba kości, otaczającej jamę bębenkową, przenosi się nieprzerwanie do jamy czaszkowej. Nieraz ropa dostaje się drogą błędnika przez wewnętrzny przewód uszny, albo wodociąg przedsionkowy lub ślimakowy do tylnej powierzchni kości skalistej. Nareszcie zapalenie może przenieść się przez przednią albo tylną ścianę jamy bębenkowej na sąsiednie zatoki żylne: *sinus caroticus*, wzgl. *sinus sigmoideus* i pośrednio z nich przejść na oponę twardą. Grunert i Heiman opisują po 1 przypadku ropnia pozaoponowego w tylnym, względnie w środkowym dole czaszkowym, gdzie przyczyną wywołującą był ropień podokostnowy zauszny, względnie okolicy skroniowej.

Ropień pozaoponowy stanowi najczęstsze powikłanie śródczaszkowe zapalenia usznego. W większej części przypadków występuje równocześnie z innemi zaburzeniami śródczaszkowemi, znacznie rzadziej jako cierpienie samoistne, niepowikłane. Zdarza się on częściej u mężczyzn i po stronie prawej, niż u kobiet i po stronie lewej, częściej w tylnym, niż w środkowym dole czaszkowym. Może on przybierać

bardzo wielkie rozmiary, dochodzić do połowy czaszki, nawet do oczodołu ku przodowi, ku tyłowi aż do tłoczni Herofila *(torcular Herophili)*, może zajmować cały przetwór pozaoponowy jednej połowy czaszki i powodować ropnie opadowe bocznej części szyi. Opona twarda ulega przytem różnego stopnia zmianom, zależnie od rozległości i trwania choroby, począwszy od lekkiego zaczerwienienia zapalnego do rozpadu zgorzelinowego Ropa w świeżych przypadkach jest gęsta, niecuchnąca, śmietankowata; w przewlekłych rzadka posokowata, ciemna, cuchnąca. Wyrostek sutkowy jest przytem zawsze w głębi zajęty. Bakteryologicznie znachodzono w ropie przypadków ostrych dyplokoki, w przewlekłych gronkowce i paciorkowce.

Objawy, wywolane tą chorobą, są te same, które można uważać także przy każdej innej chorobie mózgowej. Wogóle niema prawie żadnego objawu mózgowego, któryby nie mógł wystąpić w przebiegu tego cierpienia. Tu należą: 1) Objawy ogólne, jak gorączka, osłabienie, wychudnienie, upadek sił, brak łaknienia, obłożony język, cuchnienie z ust. 2) Objawy mózgowe ogólne, uciskowe, mianowicie: bóle i zawroty głowy, bolesność czaszki przy opukiwaniu i nacisku, zwolnienie tętna, nudności, wymioty, zaparcie stolca, zaburzenia psychiczne, śpiączka, czkawka, zmiany w dnie oka. 3) Objawy ogniskowe, do których zaliczamy: zboczenia mowy przeważnie natury czuciowej, jeżeli ropień jest po stronie lewej; zaburzenia ruchowe i czuciowe, skurcze i porażenia mm. kończyn, szczególnie mm. ocznych (zez, drżenie gałek itd.), porażenie nn. okoruchowego, odwodzącego, twarzowego, zboczenia źreniczne, sztywność karku itd. A zatem mogą tu wystąpić pojedynczo prawie wszystkie objawy ropnia mózgowego, zapalenia opon itp. Do tego przyłączają się nierzadko zmiany miejscowe zewnętrzne ze strony narządu słuchowego, bóle w uchu, obrzęk i bolesność w okolicy wyrostka sutkowego przy naciskaniu lub opukiwaniu, ropień podokostnowy, albo przetoka w sąsiedztwie ucha zewnętrznego na kości skroniowej. Uwzględnić jeszcze należy, że choroba ta zjawia się bardzo często w towarzystwie innych powikłań śródczaszkowych, których objawy pokrywają albo zacierają obraz ropnia pozaoponowego. Jeżeli do tego jeszcze dodamy, że niema żadnego ściśle znamiennego, patognomonicznego objawu tej choroby, to zrozumiemy, na jakie trudności rozpoznanie jej napotykać musi. Stąd pochodzi, że ta choroba przed operacyą rzadko tylko zostaje rozpoznaną z całą pewnością i że w największej części przypadków znachodzono tę zmianę niespodziewanie i przypadkowo przy oddłutowaniu wyrostka sutkowego, wskazanem z innego powodu. Tam zaś, gdzie się udało chorobę tę przed operacyą rozpoznać, stało się to w przeważnej części przypadków tylko z pewnem prawdopodobieństwem, albo drogą wykluczenia, jak to miało miejsce w naszym niżej podanym przypadku

Wogóle można powiedzieć, że obrzęk i ropień podokostnowy, albo przetoka na łusce lub poza wyrostkiem sutkowym w okolicy wypustu sutkowego *(emissarium mastoid.)*, albo szwu sutkowo-potylicznego *(sutura mastoideo-occipitalis)*, usprawiedliwiają podejrzenie ropnia pozaoponowego. Przemawia nadto za tem cierpieniem 1) uporczywy ból głowy i bolesność kości skroniowej przy opukiwaniu lub nacisku, pozostające po chorobie usznej, dla których innej przyczyny wykazać nie można, oraz 2) objawy wzmożonego ucisku śródczaszkowego: zmiany w dnie oka, zboczenia źreniczne, zwolnienie tętna, sztywność karku. Oczywista rzecz, że objawy te mogą mieć wartość rozpoznawczą tylko o tyle, o ile inne przyczyny, tłómaczące je, wykluczyć można, gdyż występują one także i w innych chorobach mózgowych. Powikłanie to podejrzywać należy, jeżeli w przebiegu ropienia usznego występuje od czasu do czasu nagle wylanie się z ucha większej ilości ropy, zwłaszcza jeżeli istniejące przytem inne objawy mózgowe równocześnie ustępują. Nagle albo okresowo zjawiające się silne zwiększenie się wypływu z ucha chorego, dalej utrudniona ruchomość głowy z szyją skośną, jakoteż obustronne drżenie gałek ocznych, szczególnie ku stronie zdrowej, wskazują na tę chorobę Zdaniem Grunerta objawy żołądkowe powinny budzić podejrzenie ropnia pozaoponowego w przypadkach uporczywie, długo trwającego ropienia usznego, przy braku innych przyczyn tej uporczywości. Wobec znacznej grubości lub stwardnienia kości skroniowej, szczególnie jeżeli ropa ma swobodny odpływ przez jamę bębenkową, może brakować wszelkich zmian miejscowych zewnętrznych. Wtedy silne, zaostrzające się nocą bóle głowy po stronie chorej, połączone z zawrotem głowy, zwolnieniem tętna i skłonnością do wymiotów, powinny zwrócić uwagę na będącą w mowie chorobę. Rozpoznanie staje się pewnem, jeżeli można przez istniejącą przetokę kostną dojść zgłębnikiem aż do obnażonej opony twardej.

Przejdźmy teraz do naszego przypadku.

K. B., lat 40, urzędnik policyjny, zgłosił się do mnie dnia 2/XII 1902 roku [1].)

Wywiady: W m. wrześniu 1900 r. pacyent miał się zaziębić podczas manewrów, nabawił się nieżytu nosowego, doświadczał bolu, szumu w uszach i upośledzenia słuchu. Później bole w uchu ustąpiły, słuch się poprawił, szum zaś pozostał i przystąpiły szalone bole głowy. Przed kilku miesiącami przyłączyło się obrzmienie skóry za uchem lewem. Prawie przez 2 lata chory ten pozostawał w leczeniu u różnych lekarzy specyalistów, którzy stosowali tusz powietrzny, miesienie nosa, różne krople uszne, wysyłali go do wód siarczanych, zapisywali mu chininę i różne proszki, kojące bol głowy. Poprawy jednak nie było żadnej, albo tylko nieznaczna i przemijająca. Bole głowy stawały się coraz uporczywsze i silniejsze, często tak gwałtowne, że pozbawiały chorego snu i możności wypełniania obowiązków urzędniczych; wypływu ropnego z ucha nigdy nie było. W prawej kończynie górnej pacyent czuł osłabienie i drżenie; ręka prawa mniej była silną, niż lewa tak, że chory nie mógł się porządnie podpisać. Gorączka miała być tylko raz po pierwotnem zaziębieniu i tylko przez jedną noc; raz tylko chory leżał w łóżku przez 4 dni z powodu silnych bolów głowy, było to w marcu albo kwietniu 1901 roku.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany, źle odżywiony, blady, podściółka tłuszczowa zanikła. Błony bębenkowe przedstawiają obraz przewlekłego suchego nieżytu jamy bębenkowej, zgrubiałe, mętne, zaciągnięte, bez blasku, bez stożka świetlnego. W gardle i trąbce stan nieżytu przewlekłego. Za uchem lewem nieznaczne ale wyraźne obrzmienie ciastowate skóry, ciągnące się od tylnej nasady małżowiny przez kość sutkową, skroniową, ciemieniową i potyliczną lewą, przekraczające nieznacznie linię środkową czaszki. We wszystkich tych miejscach kość przy dotknięciu była bolesna, a nawet posunięcie ręką po włosach głowy wywoływało u chorego nieprzyjemne wrażenie. W oczach i w obrębie unerwienia n. twarzowego nie można nic dostrzedz nieprawidłowego. Ciepłota ciała nie podniesiona.

Badanie słuchu: zegarek po stronie prawej $^1/_{60}$, po stronie lewej *o;* szept ze strony prawej *4 M.*, z lewej przy uchu. *W.* na prawo, *R.* obustronnie ujemny, przewodnictwo przez kości czaszki obustronnie obniżone.

[1]) Chory ten był przedstawiony w Towarzystwie lek. krak. na posiedzeniu dnia 10 czerwca b. r.

Dno oka nie było badane, w narządach wewnętrznych zmian niema, przytomność zupełnie prawidłowa.

Rozpoznałem ropienie pozaoponowe pochodzenia usznego po stronie lewej i skierowałem chorego do prof. Trzebickyego w celu otwarcia czaszki i wypróżnienia ropy.

Dnia 4/XII. Ciepłota ciała, mierzona przed operacyą, wynosiła 38° C., tętno 85, regularne. Po uśpieniu chorego mieszanką Billrotha poprowadził prof. Trzebicky cięcie skórne aż do kości, na 3 ctm. długie, równoległe do przyczepu muszli usznej, odsunął okostną i oddłutował wyrostek sutkowy. Okazało się, że powierzchowne warstwy tej kości uległy sklerotycznemu stwardnieniu, środkowa zaś część rozpadła i wraz z jamą sutkową wypełniona ziarniną. Opona twarda odsłonięta w średnim dole jamy czaszkowej, z którego wylała się wielka ilość ropy. Kość sutkowa okazała się zajętą również ku tyłowi i ku dołowi. Przy usuwaniu tylnej i dolnej częci wyrostka wydobyła się znowu ropa w znacznej ilości. Odsłonięta zatoka poprzeczna wypełnioną była skrzepem, który po otwarciu zatoki usunięto; skrzep był dobrotliwy, świeży. Gdy ropa ciągle z tylnych części czaszki napływała, oddłutowano kość dalej za zatoką ku tylnemu dołowi jamy czaszkowej na przestrzeni równej florenowi. Opona twarda okazała się zgrubiałą i pokrytą ziarniną. Na miejscu, odpowiadającem mniej więcej granicy między płatem skroniowym a czołowym, opona twarda była przedziurawioną przez przetokę, prowadzącą wgłąb aż do warstwy korowej mózgu, która się okazała powierzchownie rozmiękłą. Z przetoki tej wydobyły się cząsteczki mózgowej substancyi korowej. Po wydaleniu ropy wytamponowano przetokę mózgową i jamę operacyjną gazą jodoformową i ranę opatrzono.

4/XII. Wieczorem: ciepłota ciała 39° C., tętno szybsze, lecz silne i regularne. Wystąpiło porażenie n. twarzowego, stan umysłowy chorego podniecony.

5/XII. Rano i wieczorem: C. 39°. Chory przytomny, jednak bardzo podniecony, bole głowy ustąpiły.

6/XII. Ciepłota ciała podgorączkowa, stan chorego dobry.

8/XII. Zmieniono przesiąkły ropą wierzchni opatrunek. Setony z gazy jodoformowej nieco naciągnięto. Chory ciągle podniecony, nie pamięta imion własnych. (Afazya amnestyczna, częściowa, korowa, afazya ruchowa); pamięta tylko własne swoje imię, imię swego najbliższego zwierzchnika, oraz nazwisko dobrze mu znanego, jako urzędnikowi policyi, małżeństwa delikwentów.

11/XII. Zmiana opatrunku, naciągnięto setony. Wydzielina z rany zmniejsza się.

24/XII. Pamięć słowna powoli wraca. Chory uczy się powoli imion własnych, które potem w pamięci zachowuje tak, że zapytany, dokładnie je podaje po namyśle. Część setonów tkwi jeszcze w ranie. Wydzielina bardzo mała. Ciepłota ciała prawidłowa, podniecenie chorego ustępuje.

20/I 1903. Setony z rany wyjęto, rana wielkości monety 10 halerzowej, wydzielina bardzo mała. Chory wprawia się coraz więcej w mówieniu i przy usilnej pracy nad nim zasób jego pamięciowy imion własnych stopniowo się zwiększa.

24/II. Chory wypuszczony został ze szpitala prawie uleczony. Pozostała rana wielkości ziarnka grochu; zgłębnik zanurza się na głębokość jednego ctm. (Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do chirurgii nerek.

Podał

Dr. Adolf Klęsk,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Stojąc na stopniu obecnego stanu nauki, wymagamy od nerek tak zwanej wydatności. W granicach fizyologicznych wydatność ta powinna mieć następujące cechy:

1) Ilość dzienna azotu więcej niż 10 gramów.

2) Punkt krzepliwości krwi $\delta = 0{,}55$—$0{,}57$.

3) Po próbie florydzynowej mniejwięcej w półgodziny powinien się wydzielać ze zdrowej nerki cukier i to w ilości sporej, a bezwarunkowo większej, niż z chorej [3]).

Wycięcie nerki w tych warunkach jest zabiegiem poważnym, ale zupełnie uprawnionym, a chorzy znoszą go przeważnie dobrze.

Jako ilustracyę przytaczam następujący przypadek:

Przypadek II. *Anna S.*, l. 28, przyjęta do kliniki 7/III 1902 r. Choroba rozpoczęła się przed rokiem bólami w pęcherzu i parciem na mocz. Od tego też mniejwięcej czasu oddaje mocz mętny. Od kilku miesięcy wystąpiły błyskawiczne bóle w boku prawym. Gruźlica dziedziczna.

Badanie: Zagęszczenie miąższu w szczycie prawego płuca.

Badanie cystoskopem wykazuje około ujścia prawego moczowodu owrzodzenie gruźlicze, wielkości 10-halerzówki.

Mocz wydobyty zapomocą cewnika moczowodowego z prawej nerki, mętny, zawiera ślad białka, prątki Kocha. Z lewego moczowodu, wzięty z pęcherza — prawidłowy Δ 1·4°, δ 0,56°.

Próba florydzynowa: w 35 minut po wstrzyknięciu w moczu z lewej nerki cukier wyraźny, z prawej ani śladu. Błękit metylenowy zabarwił mocz po godzinie. Ślady (kwasem octowym) można było wykryć w pół godziny.

Rozpoznanie: Gruźlica nerki prawej.

Operacya. Wobec wystarczającej wydatności nerki lewej usunął prof. Kader 14/III w znieczuleniu lędźwiowem tropokokainą nerkę prawą. Operacya była bardzo łatwa. Cięcie lędźwiowe Bergmanna. Dla łatwiejszego wydostania nerki usunięto 12. żebro. Miedniczka i moczowód okazały się zajęte gruźlicą. Ten ostatni wypreparowano aż do pęcherza — zaotrzewnowo, po przedłużeniu cięcia prawie aż do więzu Pouparta, odcięto tuż nad pęcherzem; kikut, zmieniony gruźliczo, wypalono żegadłem Paquelina i podwiązano katgutem. Przy wypreparowywaniu nerki z otrzewnej, bardzo zresztą łatwem, naderwano otrzewnę w jednem miejscu. Otwór zaszyto. Ze względu na gruźlicę ranę wytamponowano gazą jodoformową.

Operacya trwała 15 minut.

Nerka wycięta przedstawiała obraz zupełnego zserowacenia i zniszczenia.

Początkowo po operacyi chora była bardzo osłabioną; powoli zaczęły siły poprawiać się. Pęcherz przepłókiwano sublimatem 1:15000.

Chora opuściła klinikę dnia 25/V w stanie lepszym, niż weszła, ale z przetoką po tamponadzie, wydzielającą niewielką ilość ropy gruźliczej. W moczu były również prątki Kocha i od czasu do czasu ślady białka.

Ilość moczu nie uległa prawie żadnej zmianie, nawet w ciągu pierwszych dni po operacyi.

Obecnie, t. j. prawie 2 lata po operacyi chora ma się doskonale; przybyło jej 8 kilo na wadze. Przetoka zagojona. Wyszła za mąż. Mocz czysty bez zmian chorobowych. Owrzodzenia w pęcherzu zagojone.

Oprócz stanu miejscowego nerek wpływa naturalnie na wskazanie wycięcia nerki także stan ogólny. Osobniki wyniszczone nie zniosą takiego zabiegu. Wielką rolę odgrywa tu także stan serca. Nagłe usunięcie stosunkowo zdrowej nerki może, jak wspomnieliśmy, odbić się groźnie na ustroju całym i na sercu; natomiast w przypadkach, w których serce miało czas się przystosować, usunięcie schorzałej nerki może mieć nawet wpływ zbawienny. Znane są przypadki, gdzie chore po wycięciu nerki kilkakrotnie rodziły.

W naszej klinice dajemy wszystkim chorym, o których sercu nie jesteśmy pewni, że jest zupełnie sprawne, leki sercowe w formie naparstnicy, lub *strophantus* na 2 dni przed operacyą. Bezwarunkowo zawsze stosujemy te środki u chorych, u których mamy wykonywać jakiebądź rękoczyny na nerce [4]).

---

[3]) Punkt krzepliwości moczu nie gra miarodajnej roli.

[4]) Propozycya używania *Strophantus* lub napastnicy, jako środka podniecającego serce przed znieczuleniem, w celu zapobiegania złym wpływom narkotyzacyi, wyszła od profesora Kadera jeszcze w roku 1895 (*Allgem. med. Zentrelzeitung*). Tamże radzi prof. Kader podawać

Nawet wada serca w przypadkach, gdzie zmiany w nerce rozwijały się stopniowo i gdzie wada ta jest dobrze wyrównaną, nie jest przeciwwskazaniem do operacyi. Dowodzi tego najlepiej następujący przypadek z naszej kliniki:

Przypadek III. *Kaźmierz K.*, lat 40, żonaty, z Czeladzi ad Sosnowice. Z zawodu dozorca kopalni, przyjęty do kliniki dnia 7/XI 1901 roku.

Rodzice pomarli w różnym wieku. Chory miał zawsze być zdrów; dopiero przed dwoma laty zauważył lekkie powiększanie się gruczołu tarczykowego, potem bicie serca i drżenie rąk. Przed 3 miesiącami uderzony został silnie rurą żelazną w bok lewy. Po uderzeniu przewrócił się na ziemię i poczuł bardzo silny ból w podżebrzu lewem. Przytomności nie stracił. Przez parę dni czuł się bardzo osłabionym. W pierwszym stolcu po urazie miała być krew; trzy następne czarne. W niespełna 3 tygodnie po urazie zauważył chory guz w podżebrzu lewem i równocześnie począł doznawać przemijających bólów brzucha. W moczu zaczęły się pokazywać żyłki krwi, a w końcu raz po silnym wysiłku fizycznym i szczera krew. Od tego czasu w kilka dni pojawia się krew w moczu, potem odchodzą skrzepy wśród parcia, następnie znowu potem mocz czysty i oddany bez bólu.

Stan obecny. Budowa i odżywienie chorego mierne. Płuca bez zmian. Akcya serca przyśpieszona (tętno 112) i widzialna na dużej przestrzeni. Serce powiększone we wszystkich wymiarach. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Tętnice widzialne, tętnią wyraźnie W lewem podżebrzu wyczuć można guz wielkości głowy noworodka, wybitnie balotujący, o powierzchni dość równej, niebolesny. Przy ruchach oddechowych można wsunąć końce palców między łuk żebrowy, a guz i odsunąć go ku dołowi. Nad guzem wypuk stłumiony; w dole stłumiono — bębenkowy. Po wydęciu kiszek powietrzem przez odbytnicę wypuk bębenkowy w dole guza staje się wyższy i podnosi się ku górze. Inne narządy jamy brzusznej bez zmian. Prawy płat gruczołu tarczykowego powiększony. Gałki oczne wysadzone, chory zrzadka mruga powiekami, objaw Graefego bardzo wyraźny. Palce rozstawione trzęsą się mocno. Chory jest niespokojny, ciągle się rusza i poprawia, czerwieni, to blednie. Ręce gorące, czoło spocone, na twarzy i rękach bardzo liczne piegi.

Rozbiór moczu 7/XI: białka, badanego przyrządem Esbacha 0·5$^0/_{00}$, zresztą bez zmian.

10/XI z nocy: zabarwienie krwawe, białka Esb. 1$^0/_{00}$, c. g. 1·030, oddziaływanie alkaliczne. W osadzie liczne ciałka czerwone, przybłonki miedniczek nerkowych, cylindroidy, kryształki fosforanów. Tego samego dnia mocz dzienny: barwa winowo żółta, c. g. 1·021, białka brak, oddziaływanie kwaśne, mocz czysty.

13/XI mocz oddany podczas wizyty wśród silnego parcia był wysycony, c. g. 1·029, oddziaływanie kwaśne; fosforany i moczany zwiększone; białka ślad, liczne skrzepy krwi w postaci nitek, śrub, świderków skręconych i bezkształtnych kawałków. Wałeczki z ciałek czerwonych, przybłonki nerkowe, skąpe wałeczki szkliste, nieliczne ciałka białe.

Na kilka godzin przed oddaniem moczu chory uskarżał się na silne bóle i kłucie w podżebrzu lewem. Średnia dzienna ilość moczu 700 ctm.³. Mocz, oddany w czasie kilkogodzinnej kolki w podbrzuszu lewem, prawidłowy.

Wobec tych danych rozpoznano guz złośliwy nerki lewej u osobnika, cierpiącego na chorobę Basedowa i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Badanie moczu pozwoliło sądzić, że druga nerka funkcyonuje dobrze, gdyż mocz z dnia 10/XI (porcya dzienna) po krwotoku pochodził na pewno z nerki zdrowej w czasie, gdy miedniczka lub moczowód chorej nerki zatkane były skrzepami krwi i skład miał zupełnie prawidłowy.

Ponieważ sprawa przedstawiała się jasno, przeto nie cystoskopowano chorego.

Dnia 13/XI przystąpił prof. Kader do operacyi. Znieczulenie lędźwiowe wywołano tropakokainą. W kłucie, łatwe, wykonano między 3—4 kręgiem lędźwiowym. Wypuszczono 120 kropli płynu mózgowordzeniowego i wstrzyknięto 12 ctgm. $^1/_2$%-rozczynu tropakokainy. Następnie nadano choremu położenie z głową na dół przez 5 minut. Znieczulenie zupełne po sutki. Cięcie przeprowadzono po zewnętrznym brzegu lewego mięśnia prostego, 15 ctm. długie, od łuku żebrowego w dół. Przecięto otrzewnę. Zbadano ręką nerkę prawą, która okazała się prawidłowej zbitości i wielkości. W miejscu nerki lewej guz wielkości głowy noworodka, dość swobodnie na podstawie osadzony, gruczoły niezajęte, nigdzie przerzutów. Od cięcia pierwszego poprowadzono prostopadle w linii pępkowej drugie ku tyłowi aż poza linię pachową tylną. Bardzo rozległe, zaopatrzone w duże naczynia zrosty ze śledzioną, przeponą, otrzewną, ścienną i okrężnic zstępującą, poprzecinano po podwiązaniu naczyń katgutem; szypułę podwiązano jedwabiem i guz usunięto wraz z częścią otrzewnej, przylegającej do guza. Obie blaszki otrzewnej, przednią i tylną, zaszyto o ile się dało; jamę pozostałą w górze w stronie śledziony wytamponowano częściowo, również i pozaotrzewnowo od strony lędźwi. Przy zaszywaniu rany powstał lekk krwotok, który szczypczykami zatamowano.

Operacya trwała 1$^1/_2$ godziny, znieczulenie godzinę i kwadrans tak, że do szwów ostatnich użyto kilku kropli chloroformu [5]. Serce przez cały czas funkcyonowało spokojnie, liczba tętna wynosiła średnio 72 uderzeń na minutę. Zaburzeń ze strony znieczulenia, ani wśród, ani po operacyi nie zauważono żadnych [6].

Przebieg zdrowienia zupełnie dobry, bezgorączkowy. Mocz w dniu operacyi (650 ctm.³) zawierał ciałka krwi, skrzepy, ślad białka i liczne przybłonki. W następnym dniu ilość moczu 1200, po 3 tygodniach 2000, po 8 — 3000 na dobę. Mocz całkiem czysty, o nizkim ciężarze gatunkowymi bez białka i innych nieprawidłowych składników. Przez pierwsze dwa dni po operacyi chory skarżył się na ćmienie przed oczyma, zawroty głowy, raz wymiotował i przez parę dni miał biegunkę. Przypady te jednak znikły wkrótce bez śladu. Na 17 dzień po operacyi przy zmianie opatrunku nastąpił krwotok z głębi rany, który zatamowano tamponadą. Badanie guza wykazało utkanie raka siatkowatego (*carcinoma alveolare*). Guz wychodził z dolnej powierzchni nerki, na szczycie jego była jakby czapeczka ze szczątków zdrowej tkanki nerkowej. Nadnercze było całkiem prawidłowe. Stan serca po operacyi nie uległ żadnej zmianie. Gruczoł tarczykowy zmniejszył się widocznie, natomiast inne przypady choroby Basedowa, jak drżenie rąk i języka, pocenie się, wytrzeszczanie gałek ocznych i niepokój nerwowy nasiliły się znacznie.

Blizna po ranie zagojonej przez ziarninowanie znajduje się pod łukiem żebrowym. Pacyent przed odejściem z kliniki oddawał średnio 3000 ctm.³ moczu zupełnie czystego i prawidłowego. Dnia 22/I 1902 demonstrowałem chorego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak.; w tymże dniu opuścił on klinikę. W 23 miesięcy po operacyi przyjechał ten pacyent dla zbadania. Badanie wykazało: Chory poci się bardzo silnie. W dzień chłodny po miernym ruchu zlany jest całkiem potem. Drżenie rąk bardzo silne. Gruczoł tarczykowy powiększony w stosunku do tego, jakim był przed operacyą. Wymiary serca, jak dawniej; nad koniuszkiem serca słychać podczas skurczu głuchy ton z wybitnym szmerem. Tętno bardzo silnie napięte, liczba jego 108. Tętnice

---

te preparaty zamiast t. zw. środków wzmacniających, zwłaszcza zamiast wina i alkoholu wogóle, w przypadkach ogólnego osłabienia, zwłaszcza osłabienia serca i zaatakowania płuc, chorobach zakaźnych w czasie pooperacyjnym. Feilchenfeld wystąpił z tą samą propozycyą dopiero w roku 1900 w *C. f. Chirurgie.*

[5]) Stosowanie chloroformu w kombinacyi ze znieczuleniem lędźwiowem wywołuje efekt idealny. Chorzy usypiają po małej dawce chloroformu i śpią bardzo spokojnie.

[6]) Jest to jeden z pierwszych przypadków, może wogóle pierwszy przypadek, wycięcia nerki przy znieczuleniu lędźwiowem.

ciała wybitnie tętnią. Blizna pooperacyjna, prócz niewielkiej przepukliny następowej zmian nie przedstawia żadnych. Mocz czysty, bez białka, c. g. 1·015, zresztą prawidłowy.

Przypadek należy do rzędu ciekawszych. Czy i o ile uraz wpłynął na powstanie lub na szybszy wzrost już istniejącego guza, trudno przesądzać. Uraz musiał być dość silny, skoro działając od przodu i boku, potrafił uszkodzić nerkę i, jak się zdaje, jakąś część przewodu pokarmowego (krwawe stolce).

Guz zajmował tylko nerkę, nigdzie przynajmniej innego ogniska lub przerzutów wykazać nie było można. Znieczulenie lędźwiowe przydało się nam tu bardzo. Wiadomo, że długie uśpienie chloroformowe działa nieraz wprost zabójczo przy operacyach nerkowych. W przypadku naszym mieliśmy nadto i wadę serca. Wybitnych zmian w sercu po operacyi nie spostrzegliśmy, zapewne z tego powodu, że już przed operacyą nerka chora dla czynności serca była obojętną. Zastanawia tylko w tym przypadku tak silne pocenie się i wielomocz. Może między innemi stan ten jest w związku z chorobą Basedowa, na którą zabieg zadziałał stanowczo ujemnie. Przypadek ten pouczył nas przedewszystkiem, że i przy wadach serca i chorobie Basedowa nerkę usunąć można.

Po wycięciu nerki występują czasami zmiany w sercu w postaci przerostu lewej komory, lub i całego mięśnia sercowego; dalej szybko przemijające objawy mocznicowe (wymioty, zawroty i bóle głowy, biegunka). Ilość moczu po kilkudniowym okresie zmniejszonej jego ilości wraca szybko do normy, a nawet czasem występuje wielomocz. Nerka pozostała powiększa się i przerasta.

Do rzadszych, lecz za to bardzo przykrych powikłań po wycięciu nerki należy zwrotny bezmocz w nerce pozostałej. Powód bezmoczu leżeć ma w zwrotnem podrażnieniu nerwów zwężających naczynia i wstrzymaniu przez to dopływu krwi do nerki. Śmierć w podobnych przypadkach następuje w kilka lub kilkanaście godzin wśród objawów mocznicy, a sekcya wykazuje wysoką niedokrewność nerki. Tak było w naszym wyżej przytoczonym przypadku 1.

Bezmocz wystąpić może i po lekkim zabiegu na nerce, jak tego dowodzi następujący nasz przypadek o przebiegu szczęśliwym.

Przypadek IV. *Katarzyna G.*, lat 25, wolna, z Woli Batorskiej pod Bochnią. Przyjęta do kliniki 7/III 1902. Od 14 roku życia cierpi na bóle w boku prawym, które potęgują się przy wysiłku fizycznym. W 12 roku życia upadła całym ciężarem ciała na lód na bok prawy. Z moczem chodzi prawidłowo.

Stan obecny. Indywiduum źle odżywione. Narządy wewnętrzne bez zmian. W brzuchu po stronie prawej czuć ciało podłużne, odpowiadające kształtem nerce. Ciało to, t. j. nerka, daje się odprowadzić pod wątrobę i w dół jest bardzo bolesne. Bóle zmniejszają się znacznie, jeżeli nerkę odprowadzić na miejsce. Mocz bez zmian.

13/III. W znieczuleniu lędźwiowem dokonał prof. Kader umocowania nerki zapomocą trzech szwów katgutowych. Szwy objęły powierzchowne partye substancyi korowej, najgłębiej był założony szew dolny.

14/III. Ból głowy, wymioty; mocz, wydobyty cewnikiem w ilości 480 ctm.^{3} o wysokim ciężarze gatunkowym, zawiera ślad białka.

15/III. Cewnikiem odprowadzono 410 ctm.^{3} moczu o składzie jak wyżej. Ból głowy i wymioty silniejsze.

16/III. Bezmocz; przez całą dobę nie można cewnikiem moczu wydobyć. Wymioty coraz częstsze, ból głowy, zapad. Kamfora, degitalis.

17/III. Moczu wydobyto cewnikiem 125 ctm.^{3}. Białka ślad. Mocz mętny od moczanów. Wymioty i ból głowy bardzo silne.

18/III. Chora oddała sama 700 ctm.^{3} moczu. Białka śladzik; mocz jasny.

19/III. Moczu 730 ctm.^{3}. Białko znikło. Wymioty ustąpiły, ból głowy słabszy.

21/III. Moczu 760 ctm.^{3} o składzie prawidłowym. Ból głowy znikł.

31/III. Chora uleczona bez najmniejszych przypadłości opuszcza klinikę. W 4 miesiące chora zgłosiła się dla pokazania w zupełnie dobrem zdrowiu.

Langemak na Zjeździe chirurgów w Berlinie wspominał o gojeniu się ran operacyjnych w nerce. Badania tego autora doprowadziły go do wniosku, że rany te nie są, jak wielu sądzi, dla nerki obojętne: przeciwnie, każda rana przecina jakąś tętnicę i staje się przyczyną wytworzenia się następowego zawału. Jeżeli dodamy do tego, że znane są dość liczne przypadki ostrego zapalenia w nerce zdrowej po zabiegu na nerce przeciwnej, to musimy przyjść do przekonania, że w operacyach nerkowych z reguły unikać należy chloroformu i antyseptyków, gdyż te właśnie bywają powodem tych następowych zapaleń. Jaskrawy dowód tego szkodliwego działania chloroformu podaję w następującym przypadku.

Przypadek V. *A. B.*, lat 34, zamężna, z Krakowa. Od 6 lat cierpi na napadowe bóle w boku prawym. Przed 2 laty wśród jednego z takich napadów pojawiła się krew w moczu. Od 6 dni nowy napad i krwotok z pęcherza. Krwotok ustąpił po kilkugodzinnem trwaniu, natomiast powiększyły się znacznie bóle w pęcherzu i wystąpiło olbrzymie parcie na mocz. Badanie wykazało przepełnienie pęcherza skrzepami krwi. Po licznych bezskutecznych próbach wypłókania tych skrzepów rozszerzył prof. Kader w uśpieniu chloroformowem cewkę moczową *ad maximum* i teraz dopiero udało się usunąć skrzepy. Krwotok ustał; po obudzeniu się pacyentki wystąpiły jednak zawroty i bóle głowy, wymioty i częściowa nieprzytomność. Nazajutrz wystąpiły bóle i krwotok ponownie, chora czuła się podmiotowo lepiej, skarżyła się tylko na bóle i krwawienie. Wobec krwotoku okazała się potrzeba ponownego uśpienia w celu opróżnienia pęcherza. Mocz, badany przed zachloroformowaniem, zawierał ślad białka, odpowiadający krwi. Badanie cystoskopem w uśpieniu wykazało obustronne krwawienie z moczowodów, do których zgłębnikiem daleko wejść nie można było, gdyż napotykało się na twardy opór.

Rozpoznano prawdopodobną prawostronną kamicę nerkową z następowym krwotokiem. Po cystoskopii i kateteryzacyi moczowodów krwotok ustał zupełnie, natomiast zjawiły się objawy mocznicowe, które trwały z dość wielkiem nasileniem 3 dni. Stosowano lewatywy z dwuwęglanem sodowym, po których chora czuła pewną ulgę. Wobec tego stanu nerek wstrzymano się od zabiegu. Mocz, wydobyty cewnikiem po uśpieniu, zawierał 0·5‰ białka; w 6 dni później w moczu z białka ślad tylko pozostał. (Dok. nastąpi).

IV. Mechanizm III-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Dokończenie).

Omówiwszy istotę ściągania się macicy, z kolei nasuwa się do rozwiązania następujące pytanie logiczne: Jakim zmianom ulega ugrupowanie się tkanek macicy z końca ciąży, w czasie poszczególnych faz porodu? jaką drogę przebiegają poszczególne tkanki, a szczególnie włókna mięsne, zanim wreszcie ugrupowanie tkanek stanie się takiem, jakie opisałem, rozbierając anatomicznie macicę pierwszych chwil połogu: (Patrz: „Sprawozdanie z posiedzenia Tow. lekarsk. lwowsk.: kwestya dolnego odcinka macicy“. Autoreferat w „Przeglądzie lek.“ z grudnia 1902). Czy przebieg włókien mięsnych w macicy przy końcu ciąży jest w zasadzie analogiczny do tego, jaki widzimy w macicy pierwszych chwil połogu, czy też nie?

Stanowczą odpowiedź na powyższe zagadnienia otrzymalibyśmy łatwo, gdybyśmy często mogli spotykać się z materyałem sekcyjnym macic ciężarnych, oraz macic z poszczególnych faz porodu. Ja oczywiście materyałem takim nie rozporządzałem, bo ogółem, razem biorąc, otrzymanie do badania takiego cennego materyału sekcyjnego zawsze należeć będzie nawet dla zawodowych anatomo-patologów do szczęśliwych okazyj, które należy umiejętnie wyzyskać. Ryciny podane w piśmiennictwie nie mogą mieć dla badań ścisłych wielkiej wartości. Prędzej już miałyby ją klisze fotograficzne. Dlatego też, chcąc dojść koniecznie do jakichś wniosków, muszę posłużyć się rozumowaniem, na podstawie faktów znanych i przezemnie spostrzeganych.

Obserwacya fałdów błon, wyklejających wnętrze maksymalnie ściągniętej macicy, pozwala nam ocenić z całą ścisłością sposób, w jaki po opróżnieniu z treści redukuje się powierzchnia wewnętrzna macicy. Znając prawa fizyczne fałdowania się przedmiotów nieelastycznych naklejonych do ściągających się płyt gumowych napiętych, z łatwością dochodzimy do następujących wniosków: 1) wnętrze dna macicy redukuje się we wszystkich kierunkach jednakowo: 2) wnętrze jamy trzonu głównie w kierunku poprzecznym, obok tego jednak także i w kierunku podłużnym; 3) okolica pierścienia skurczowego, t. j. ta część macicy, która zajętą jest mięśniem okrężnym, redukuje się i w kierunku podłużnym (nieco mniej) i w kierunku poprzecznym, a więc podobnie jak trzon, a począwszy od najgrubszej części mięśnia okrężnego w dół, redukcya powierzchni wewnętrznej w obu kierunkach jest jednakowo silnie wyrażoną (jak w dnie). Ponieważ najwyższe fałdy a rowki między niemi najgłębsze, spotykamy w środkowych partyach powierzchni przedniej i tylnej, zaś znacznie płytsze rowki i niższe fałdy w bokach macicy, należałoby przyjąć, że najsilniej redukują się środkowe partye macicy, a mniej zaś boczne.

Ocena sposobu ściągania się powierzchni zewnętrznej macicy na podstawie fałdów otrzewnej jest trudniejszą, albowiem fałdy jej są mniej regularne, niż fałdy błon. Przyczyna leży w tem, iż otrzewna jest błoną elastyczną, napiętą na macicy ciężarnej, która wobec ściągania się macicy wraca przedewszystkiem do swej najmniejszej powierzchni, a potem dopiero fałduje się, zresztą według tych samych prawideł, co i błony nieelastyczne, a więc np. błony płodowe. Porównywając przebieg fałdów otrzewnej z przebiegiem fałdów błon, spostrzegamy w pewnych okolicach macicy analogiczne stosunki, tak co do jakości, jak i kierunku fałdów, w innych miejscach zaś analogii niema. I tak: przebieg fałdów otrzewnej jest zupełnie analogiczny w otoczeniu dna na przejściu na trzon, również zasadniczej różnicy w kierunku fałdów niema na tylnej powierzchni trzonu, natomiast sam szczyt dna jest wolny od fałdów otrzewnej, przeciwnie jak na powierzchni wewnętrznej, a na zewnętrznej powierzchni dolnego odcinka fałdy przebiegają poprzecznie.

Brak fałdów na dnie macicy możemy wytłómaczyć sobie w ten sposób, iż redukcya powierzchni zewnętrznej szczytu dna macicy nie jest tak znaczną, aby otrzewna, uprzednio silnie napięta, ściągnąwszy się, już musiała się fałdować, jak się to dzieje w dolnej części dna, gdzie przebieg fałdów otrzewnej jest zupełnie nieregularny. Nic nie stoi na przeszkodzie przyjęciu, że powierzchnia zewnętrzna macicy redukuje się w dnie podobnie, jak i wewnętrzna powierzchnia, we wszystkich kierunkach jednakowo silnie. Redukcya powierzchni zewnętrznej trzonu odbywa się podobnie, jak i wewnętrznej, t. j. głównie w kierunku poprzecznym, mniej zaś podłużnym, wobec czego fałdy otrzewnej są podłużne. Że fałdy te nie mają rysunku pasemek falujących, tłómaczyć należy tem, iż otrzewna elastyczna, po zwolnieniu napięcia może się jeszcze zastosować do redukcyi na długość i nie sfałdować się. Jednem słowem: według przebiegu fałdów błon i otrzewnej należy wnioskować, iż tak powierzchnia wewnętrzna, jak zewnętrzna macicy w trzonie i dnie redukują się w sposób jednaki.

Co do dolnego odcinka, to powierzchnia wewnętrzna redukuje się w obu kierunkach jednakowo, podobnie jak dno, zaś powierzchnia zewnętrzna, wnioskując z przebiegu fałdów otrzewnej, znacznie więcej w kierunku podłużnym, niż poprzecznym. Wytłómaczenie tego faktu jest trudne. Możliwie jest, iż przyczyny należy szukać w układzie włókien mięsnych w ścianie dolnego odcinka. I tak, pod powierzchnią zewnętrzną dolnego odcinka przebiega warstwa włókien mięsnych podłużnych, ta więc redukuje powierzchnię zewnętrzną głównie w kierunku podłużnym. Redukcya powierzchni wewnętrznej zaś pozostaje pod wpływem okrężnego mięśnia okolicy pierścienia skurczowego, który właśnie może wpływać na redukcyę powierzchni wewnętrznej w kierunku poprzecznym. Że wpływ mięśnia okrężnego nie sięga w sposób znaczny, a względnie taki sam, na redukcyę powierzchni zewnętrznej ściany dolnego odcinka, jest trudne do wyjaśnienia. Być może, że gra tu rolę łatwa przesuwalność blaszek mięsnych, złożonych z włókien podłużnych.

Znając przebieg włókien mięsnych w macicy pierwszych chwil połogu, oraz wiedząc, jak się redukują obie powierzchnie macicy przy jej ściąganiu się, możemy wnioskować o ułożeniu włókien mięsnych w końcu ciąży. Dlaczego? Bo kierunek fałdów zależy niewątpliwie od kierunku ściągania się powierzchni, a ściąganie się powierzchni musi zależeć od przebiegu włókien mięsnych. Komórka mięsna macicy, o kształcie wydłużonego wrzeciona, kurcząc się, grubieje i przybliża do siebie oba końce przyczepu. Jeżeli przyjmiemy, że po skurczu owe dwa punkty przyczepu końców komórki pozostają do pewnego stopnia w swem nowem położeniu, to musimy przypuścić, że te włókna mięsne, które ściągają powierzchnię macicy w kierunku np. podłużnym, muszą przebiegać, w kierunku podłużnym itd.

W myśl powyższego rozumowania przyjmijmy na chwilę hipotezę, jako jedną z możliwości, iż włókna mięsne w macicy końca ciąży są co do kierunku przebiegu analogicznie ułożone, jak w macicy pierwszych chwil połogu, a tylko warstwowo rozsunięte i obecnie zastanówmy się, o ile ta hipoteza dałaby się utrzymać.

Przypuśćmy więc, że włókna mięsne w dnie macicy połogowej przebiegają nieregularnie we wszystkich możliwych kierunkach. Tak ułożone włókna mięsne działają na każdy punkt powierzchni wewnętrznej i zewnętrznej w trzech wypadkowych kierunkach: podłużnym, poprzecznym i na grubość. Na redukcyę powierzchni niema wpływu

kierunek działania ich na grubość, a tylko dwa pozostałe kierunki, t. j. podłużny i poprzeczny, a te są jednakowo silnie wyrażone. Przyjęcie więc założenia za słuszne, jest usprawiedliwione. 2) Przypuśćmy, że w ścianach macicy ciężarnej, okalających jamę trzonu, przebiegają włókna podłużnie, skośnie, a w okolicy pierścienia skurczowego okrężnie; to tak ułożone włókna będą redukować obydwie powierzchnie macicy więcej w kierunku poprzecznym, niż podłużnym, co zgadza się z faktycznym stanem rzeczy, jak tego dowodzi obserwacya fałdów błon i otrzewnej. 3) Przypuśćmy, że w macicy ciężarnej mamy w dolnej części trzonu i górnej części dolnego odcinka, czyli w t. zw. okolicy pierścienia skurczowego, tuż pod błonami warstwę włókien okrężnych, to tu na redukcyę powierzchni zownętrznej i wewnętrznej działać będą w rezultacie te same dwa kierunki, co w dnie. Ponieważ grubość warstwy zewnętrznej jest znaczniejsza, niż wewnętrznej, więc wpływ włókien okrężnych odbija się w znaczniejszym stopniu na redukcyi powierzchni wewnętrznej, a mniej na ukształtowaniu się i redukcyi powierzchni zewnętrznej. Wobec czego po zupełnem ściągnięciu się macicy znajdziemy równomierne sfałdowanie się błon w dolnym odcinku, a poprzeczne sfałdowanie się otrzewnej.

Sądzę zatem, że przyjęcie hipotezy, iż przebieg włókien mięsnych w macicy końca ciąży jest w zasadzie analogiczny do przebiegu włókien mięsnych w macicy pierwszych chwil połogu, jest usprawiedliwione. W ten sposób zyskalibyśmy jednolity pogląd na budowę macicy. W czasie połogu włókna mięsne ulegają zwyrodnieniu, komórki mięsne cieńczeją i skracają się, ułożenie ich wzajemne atoli pozostaje niezmienione tak, że nawet w macicy nieciężarnej, którą można uważać za ostatni wyraz zaniku macicy połogowej, będzie ono w zasadzie takie samo, jak w pierwszych chwilach połogu. W pierwszych czterech miesiącach ciąży muskulatura macicy ulega przerostowi w ten sposób, że każda z komórek mięsnych grubieje i wydłuża się, a ponadto nie jest wykluczonem, iż ilość komórek mięsnych zwiększa się. Najgrubszą jest ściana macicy w 4-tym miesiącu księżycowym ciąży, poczem ściana macicy cieńczeje, albowiem wzrost jaja płodowego odbywa się tak szybko, że przerost muskulatury nie może za nim podążyć. Powiększenie ściany macicy od 4-go miesiąca ciąży odbywa się głównie przez to, że złożona muskulatura macicy rozwija się, rozkłada zwolna, przyczem atoli zasadnicze ugrupowanie wzajemne włókien mięsnych nie ulega zmianie, ale pozostaje aż do samego końca ciąży. W czasie porodu macica odbywa powrotną drogę do kształtów macicy pierwszych chwil połogu w ten sposób, iż dno ściąga się we wszystkich kierunkach jednakowo, trzon i okolica pierścienia skurczowego głównie w kierunku poprzecznym, a dolny odcinek głównie w kierunku podłużnym, przyczem ogólny typ układu włókien zostaje zachowany w każdej fazie porodowej.

V. Wyciągi.

Burghart i Blumenthal. **Leczenie swoiste choroby Basedowa.** (*Therapie der Gegenwart*, Zeszyt 8, 1903). Opierając się na zdaniu, wygłoszonem przez Moebiusa, że choroba Basedowa i obrzęk śluzakowy polegają na zatruciu ustroju przez wytwory schorzałego gruczołu tarczykowego i że oba te cierpienia są niejako sobie wprost przeciwne, próbował Burghart w roku 1897 leczyć chorobę Basedowa wyciągiem solnym z krwi chorego na obrzęk śluzakowy. Wyniki były korzystne; oczywistą jednak była trudność uogólnienia tej metody. Ponowił więc Burghart doświadczenia z surowicą i wyciągiem solnym z krwi psów, pozbawionych operacyjnie gruczołu tarczykowego, przyczem stosował swoje płyny lecznicze podskórnie; używał również proszku krwi, otrzymanego przez strącenie alkoholem, który podawał wewnętrznie chorym. We wszystkich przypadkach działanie przetworów było pomyślne; najlepsze wyniki dawały jednak wstrzykiwania wyciągu solnego z krwi. Równocześnie podali podobne doświadczenia z również dobrymi wynikami Ballet i Enriquez. Niebawem występuje Lanz z myślą podawania dotkniętym chorobą Basedowa mleka kóz, pozbawionych trzustki. I ten autor chwali swą metodę, jak również Moebius, który, jak Burghart, stosuje surowicę z tą odmianą, że otrzymuje ją ze krwi baranów, którym wycięto trzustkę. Preparat Moebiusa fabrykuje na wielką skalę Merck, jako „Antithyreoidserum Moebius“. Mleko Lanza przeszło w handel farmaceutyczny pod nazwą „rodagen“. Autorowie donoszą o spostrzeżeniach i wyniku leczenia przypadków, zebranych z kilku ostatnich lat. Stosowali wszystkie preparaty, z wyżej wymienionych, mających wspólną przewodnią myśl organoterapeutyczną. Do objawów choroby Basedowa, które najszybciej ulegały korzystnemu działaniu leków organoterapeutycznych, należą: bezsenność, osłabienie ogólne, wychudnienie, drżenie i pocenie się. Wszystkie te objawy prawie z reguły i stosunkowo szybko ustępowały zupełnie. Za swoistością metody przemawiają liczne spostrzeżenia, w których po usunięciu preparatów objawy wspomniane niebawem, nieraz natychmiast powracały. Mniej wyraźnie zaznaczało się działanie na inne objawy: wól, liczba tętna i wysadzenie ócz, chociaż i te po dłuższym czasie traciły na nasileniu. Autorowie słusznie zaznaczają, że leki ich jedynie zobojętniają jad, tworzony w nadmiarze przez gruczoł tarczykowy, nie wpływają jednak zgoła na zmiany anatomiczne, już istniejące przedtem, lub wytworzone w ciągu długiego trwania choroby. W tych przypadkach leczenie zawodzi, co zresztą zrozumiałe, a nawet, jak autorowie na podstawie kilku spostrzeżeń wnioskują, zaszkodzić może. Serce jest narządem, którego zmiany anatomiczne wywołują pewną wrażliwość i szkodliwe oddziaływanie na przetwory organoterapeutyczne. Jeśli więc zachodzi podejrzenie, że zmiany w sercu przestały już być funkcyonalnemi, należy ostrożnie dawkować.

Autorowie podawali jako najmniejszą dawkę 5·0 rodagenu dziennie, zwykle 15—20 grm., wyjątkowo 30 do 50 grm. na dzień, w przypadkach szczególnie małej osobniczej wrażliwości, lub wielkiego natężenia objawów chorobowych. Szybciej przebiegało leczenie przy stosowaniu podskórnem odpowiednich przetworów, czasami jednak wywoływało znany zbiór objawów, wspólny leczeniu surowicami, jak rumienie, bóle w stawach, ogólne niedomaganie.

Orzechowski.

Bondi. **Zmiany kiłowe w pępowinie.** (*Arch. für Gyn.* Tom 69, Zeszyt 2, 1903). W piśmiennictwie bardzo niedostateczne tylko znajdują się wzmianki o zmianach kiłowych w pępowinie, mimo że tak wczesne ich zbadanie może mieć ważne znaczenie rozpoznawcze kiły odziedziczonej u na pozór zdrowych noworodków. Na 35 przypadków pewnej kiły u matki lub płodu (przebieg porodu jest podany), znaleziono 15 razy wybitne zmiany w naczyniach pępowinowych, raz w tętniczych, 6 razy w żylnych 8 razy w obu równocześnie. Badanie tych zmian wykazało: we wszystkich przypadkach szło o sprawy zapalne w ścianie naczyń: rozpulchnienie, naciek wielojądrzastych leukocytów, w jednym przypadku wypocina włóknikowa w tkance ściany, w dwóch nawet twory, przypominające ropnie, wreszcie w jednym martwicę z osadzeniem się soli wapniowych; wszystkie zmiany, występujące przy zapaleniu tętnic, lub żył, spowodowanem innymi czynnikami zapalnymi. Po wykluczeniu tychsamych możliwych czynników pozostała kiła odziedziczona, jako jedyny czynnik wspólny, wywołujący te zmiany. Badanie 100 innych pępowin z przypadków czystych, niezakażonych, nie wykazało nigdy tych zmian zapalnych. Również nie znalazł ich autor w przypadkach chorób zakaźnych matek (dur, gościec, zapalenie płuc, gruźlica), ani też tam, gdzie matka okazywała podczas porodu znaczne podniesienie ciepłoty ciała, ani wreszcie, jak niektórzy sądzili, w zapaleniu nerek. Autor więc sądzi, że przytoczone zmiany w naczyniach pępowinowych można uważać za patognostyczne dla kiły odziedziczonej. Część płodowa pępowiny jest zwykle bardziej zajętą, aniżeli łożyskowa. Z warstw zaś ściany naczyń najwybitniejsze zmiany okazuje warstwa wewnętrzna i środkowa.

Dr. E. Ehrenpreis.

Ascoli i Bonfanti. **Dalsze badania nad białkomoczem pokarmowym.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 41, 1903). Praca powyższa jest dalszym ciągiem całego szeregu robót w tym kierunku, dokonanych przez różnych autorów. Początek dał im Ascoli, udowadniając, że w białkomoczu pokarmowym, jaki występuje u niektórych osób po spożyciu surowych jaj, daje się w moczu odróżnić białko krwi od białka jaj zapomocą surowicy zwierząt, uczulonych na rozmaite rodzaje białka.

W przeciwieństwie do badań Obermayera, Picka, Michaelisa i Oppenheimera, których doświadczenia wskazywały na to, że białka tracą swoje własności swoiste pod wpływem soku żołądkowego *in vitro*, autorowie udowodnili, że w warunkach naturalnych, w żołądku, białka tracą właściwą sobie strącalność przez swoiste surowice bardzo powoli tak, że wessanie składników strącalnych nie napotka z tego powodu wielkiej przeszkody; przynajmniej w dwie godziny po jedzeniu można było w treści żołądkowej wykazać ciała strącalne odpowiedniemi surowicami.

W swoich badaniach używali autorowie następujących odczynników:

Surowica królika, uczulonego na krew wołową, nazwana w skróceniu SIW.

Surowica królika, uczulonego na krew ludzką, nazwana w skróceniu SIC.

Odczynnik Jollesa celem wykazania białka w moczu (10 grm. sublimatu, 20 grm. kwasu bursztynowego, 10 grm. soli kuchennej na 500 grm. wody).

Przygotowane surowice posiadały wartość: 1: 100.000, to znaczy, że strącały odpowiednią surowicę jeszcze w rozcieńczeniu 1: 100.000. Doświadczenia robiono przez warstwowanie odnośną surowicą, a obserwowano w ciągu półgodzinnego przechowywania w termostacie. W seryi 16 doświadczeń, dokonanych na ludziach jużto zupełnie zdrowych, jużto ze zmianami chorobowemi nerek, badali autorowie krew i mocz przed i po podaniu 100 grm. pieczonego mięsa wołowego i ze swych obserwacyi doszli do następujących wniosków: Jeżeli surowica jest przed doświadczeniem niestrącalną przez SIW, wówczas w pewnych okresach trawienia może się stać strącalną, albo pozostać niestrącalną. Jeżeli surowica danego osobnika była już poprzednio przez SIW strącalną, wtedy ta strącalność może pozostać niezmienioną, może się zwiększyć, zmniejszyć lub zniknąć całkowicie.

Co się zaś tyczy moczu, autorowie znaleźli, że po spożyciu pieczonego mięsa wołowego mogą u osób, zupełnie zdrowych, mimo leżenia w łóżku, zjawić się substancye strącalne przez SIW i SIC, których przedtem w moczu nie było; równocześnie mogą wystąpić ślady chemicznie strącalnego białka (odczynnikiem Jollesa). Taksamo zjawiają się u chorych na zapalenie nerek po spożyciu mięsa wołowego bardzo często substancye strącalne przez SIW. W innych przypadkach mocz, oddany naczczo, zawierał substancye strącalne przez SIW, które znikały po zjedzeniu mięsa wołowego; w tych przypadkach zdarzało się, że mocz zawierał poprzednio ślady białka, które następnie znikały. To paradoksalne zjawisko tłómaczą autorowie reakcyą wessanych grup na grupy podobne, istniejące już w ustroju, w myśl teoryi łańcuchów bocznych Ehrlicha; byłaby to zatem bardzo szybka reakcya ustroju na białka obce, do niego wprowadzone, tem prawdopodobniejsza, że doświadczenia dokonane na psach przez Ascoli i Vigano udowadniają, że wkrótce po podaniu białka jaja surowego, lub gotowanego zjawiają się w limfie stale ciała przez odpowiednie surowice strącalne, że więc odpowiednie grupy białek obcych stanowczo do ustroju przechodzą. W myśl powyższego rozumowania tłómaczą autorowie otrzymane wyniki w sposób następujący:

Po spożyciu pieczonego mięsa wołowego przechodzą do ustroju ludzkiego grupy strącalne przez odpowiednią surowicę. U ludzi zdrowych, u których się zjawia białkomocz pokarmowy, część owych grup białkowych przechodzi przez nerki, które mogą przez to stać się przepuszczalnemi także dla białka krwi.

U chorych na zapalenie nerek mogą także owe grupy strącalne, lubo nie zawsze, przejść do moczu.

W innych przypadkach może wskutek wessania składników mięsa wołowego i ich oddziaływania na ustrój zawartość grup pobobnych w surowicy się zmniejszyć, a równocześnie istniejący przedtem białkomocz, dający się stwierdzić biologicznie i chemicznie, zmniejszyć się, lub ustać zupełnie. Zjawisko to nazywają autorowie pokarmowem zatrzymaniem białkomoczu (alimentäre Albuminuriesistierung). *Seńkowski.*

Bassenge. **O zachowaniu się prątków durowych w mleku i jego przetworach.** (*Deutsche med. Wochs.* 1903, Nr. 38, 39). Bassenge doszedł na podstawie licznych doświadczeń do następujących wyników: 1) Wystarczy ogrzać mleko przez pięć minut do 60° C., aby zabić prątki durowe, mogące się w niem znajdować. 2) Do tego celu lepsze są naczynia gliniane, niż żelazne lub blaszane emaliowane. 3) W surowem mleku giną prątki durowe przy kwaśnieniu, jeżeli wytworzy się ponad 0,3—0 4% kwasów (mlecznego, masłowego, mrówkowego i t. d.) i jeżeli kwasy te działały przez 24 godzin. 4) W śmietance, maślance i maśle giną prątki w tych samych warunkach, jak w mleku surowem. 5) Przy centryfugowaniu mleka przechodzą zawarte w niem prątki durowe do oddzielającej się śmietanki i utrzymują się w niej, jakoteż w wyrobionem z niej maśle, aż do zadziałania wymienionych pod 3) czynników; a zatem znajdują się prątki durowe w maśle takiem tak długo, póki smak jego się nie popsuje. *C.*

Graeser. **Adrenalina w krwotokach jelitowych w przebiegu duru.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 30, 1903). W rozpaczliwym przypadku krwotoku jelitowego w durze zastosował autor, opierając się na spostrzeżeniu Langego, który miał dobry wynik po adrenalinie przy krwotoku płucnym, rozczyn 1‰ chlorku adrenaliny z bardzo dobrym skutkiem. Podawał on ją wewnętrznie po 30 kropel w rozczynie soli kuchennej co trzy godziny. W jaki sposób ten środek zadziałał, autor nie wie; może przez podrażnienie obwodowe nerwów naczynioruchowych, jak przyjmują Schäfer i Oliver, może przez zadziałanie na nerw błędny (Cybulski, Szymonowicz); faktem jest, że krwotok ustał i więcej się nie powtórzył. Z powodu krwotoku zmniejszyło się też nasilenie choroby, chora wyzdrowiała. Autor nie chce z tego jednego przypadku wyciągać wniosków co do pewności działania wyciągu z nadnercza na krwotoki; może jednakże potwierdzić brak niebezpieczeństwa w podawaniu go na wewnątrz. *B. Żmigród.*

Doc. Czygajew. **Leczenie chorych, dotkniętych gruźlicą i kiłą.** (*Izwiestija Imperatorskoj Wojenno-Medicinskoj Akademii* 1903, Tom 6, Nr. 2). Czygajew (Petersburg) stosował w sześciu przypadkach gruźlicy, powikłanej z kiłą, metodę Duboisa, mianowicie wstrzykiwał podskórnie sublimat (0,01: 20). W jednym przypadku u człowieka młodego, który mając już gruźlicę płuc, zakaził się kiłą, ta ostatnia przebiegała nadzwyczaj złośliwie i nie ustępowała energicznemu leczeniu; autor zalecił leżenie w łóżku, spotęgowane żywienie się i podskórne wstrzykiwania sublimatu; pod wpływem takiego leczenia ogólny stan zaczął szybko się poprawiać, a uporczywe objawy kiły powoli ustępować. W innych przypadkach wyniki były również pomyślne. Autor dokonał wreszcie szeregu doświadczeń na morskich świnkach, w celu zbadania zapobiegawczego działania podskórnych wstrzykiwań sublimatu na następowe zakażenie lasecznikami gruźliczymi. Doświadczenia te wykazały, że świnki, którym wstrzykiwano poprzednio sublimat, pozostawały zdrowemi, jeśli zaś i ulegały zakażeniu i wreszcie ginęły, to znacznie później, niż świnki użyte do kontroli. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Iwanow. **Sztuczne zapłodnienie ssawców.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 12). Na podstawie swych dociekań ze sztucznem zapłodnieniem, dokonanych na koniach, krowach, owcach i drobnych zwierzętach, dochodzi autor do wniosków następujących: Stan psychiczny i stopień podniecenia płciowego samicy, połączone z stosunkiem płciowym, nie wywierają wpływu na skuteczność poczęcia i płeć potomstwa; zapłodnienie sztuczne może dawać w porównaniu z naturalnem nawet większy odsetek poczęcia. Plemniki odznaczają się zdolnością zapładniania nietylko w tych razach, gdy znajdują się w wydzielinie dodatkowych gruczołów płciowych, lecz i w razie rozcieńczenia nasienia rozczynem chlorku lub węglanu sodowego, nawet w środowisku, nie zawierającem wcale wydzieliny dodatkowych gruczołów płciowych. Plemniki, pozostając w jądrach, zachowują zdolność zapłodnienia przynajmniej przez 24 godziny po zgonie zwierzęcia. Dla skuteczności zapłodnienia wprowadzenie plemników do szyjki macicznej nie jest warunkiem niezbędnym, wystarcza samo wstrzykiwanie do pochwy. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. M. Rothmann. **Ostra przemijająca afazya.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 16, 17, 1903). Autor podaje trzy bardzo zajmujące przypadki ostrej afazyi, z których pierwszy powstał pod wpływem działania wielkiego upału („insolatio"); prawdopodobnie nie szło tu o ostre podrażnienie mózgu i jego opon, ani o wynaczynienie krwi, lecz o działanie toksyczne szkodliwych substancyi, krążących we krwi, podobnie jak w przypadkach jasnej ślepoty (amaurosis) z powodu niesprawności ośrodków wzrokowych w mocznicy. W drugim przypadku afazya wystąpiła po nadmiernem natężeniu umysłowem przy jednoczesnem działaniu wielkiego upału i przepełnienia żołądka, zatem pod wpływem trzech czynników, z których każdy z osobna może być przyczyną tego objawu. Tu należy zdaniem autora przypuścić albo działanie toksyczne ze strony krążenia krwi na komórki zwojowe, albo też skurcz naczyń krwionośnych, wywołujący przemijającą niedokrewność w odnośnej części obszaru mózgowego. W trzecim przypadku afazya wystąpiła po prze-

bytem zapaleniu płuc, według autora wskutek zatoru w lewej półkuli mózgowej, pochodzącego z zakrzepu żył płucnych. Po omówieniu tych przypadków i innych podobnych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, przychodzi autor do wniosku, że ostre przemijające afazye mogą się rozwijać na tle różnych spraw chorobowych, a nagłe ich wystąpienie i znikanie nie stanowi bynajmniej dowodu czynnościowego ich pochodzenia. Między czynnikami przyczynowymi pierwszą rolę odgrywają obok zatoru substancye toksyczne, działające drogą autointoksykacyi, lub dostające się z zewnątrz do krwi. Prócz tego pewne znaczenie etyologiczne mają też pobudzenia uczuciowe, nadmierne wysilenia umysłowe i wstrząśnienia ośrodkowego układu nerwowego wskutek wypadku. Osobne stanowisko zajmują ostre przemijające afazye w przebiegu zniedołężnienia umysłowego z porażeniem postępującem i afazye histeryczne, występujące zazwyczaj z upornem milczeniem (mutismus). *Spira.*

Bloch. **Nowa lecznicza, a zarazem rozpoznawcza metoda leczenia cierpień gośćcowych.** (*Die Heilkunde* Nr. 8, 1903). Na zasadzie blizko 200 przypadków nerwo- i mięśniobólów, wyleczonych zupełnie i doszczętnie jednorazowem śródtkankowem wstrzyknięciem płynu Schleicha, nabył autor tego przeświadczenia, że sposób ten jest bezwarunkowo pewnym nietylko w podostrych i ostrych, lecz także w przewlekłych przypadkach chorobowych. Tak n. p. chorzy, chromający skutkiem ciężkiej rwy kulszowej, byli już po kilku wstrzyknięciach rozczynu tropakokainy Schleicha wzdłuż przebiegu bolesnego nerwu zupełnie uwolnieni od swych cierpień; robotnicy, którzy skutkiem postrzału nie mogli się wyprostować, już po jednem zastrzyknięciu udawali się do swej pracy; nadmienić zresztą należy, że wszystkie inne wpływy lecznicze (poddawanie) były wykluczone, o czem autor niejednokrotnie miał sposobność się przekonać. Co się zaś tyczy znaczenia rozpoznawczego, to można powiedzieć, że metoda ta jest tylko skuteczną w tych przypadkach neuralgii i myalgii, które są istotnie pochodzenia gośćcowego, w przeciwnym razie wynik leczenia jest tylko czasowy, objawowy. Ilość jednorazowo używanego zazwyczaj rozczynu 0·2% tropakokainy i soli kuchennej wahała się między 100—150 ctm, do czego w cięższych przypadkach stosowano zewnętrznie glikosal w postaci 10—20% kolodyonu. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Dr. H. Schridde. **Wgłobienie jelita biodrowego wyleczone samoistnie.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 30). Kobieta 60 lat licząca zachorowała nagle wśród objawów niedrożności przewodu pokarmowego. Na operacyę nie zgodziła się; 17-go dnia choroby odszedł drogą naturalną 32 ctm. długi odcinek obumarłego jelita. Odtąd nastało szybkie zdrowienie. Po 4 miesiącach umarła skutkiem nieżytowego zapalenia płuc. Sekcya wykazała w odległości 36½ ctm. od zastawki biodrowo-kątniczej okrężną bliznę, nie powodującą jednak wcale zwężenia światła jelita. Nawiązując do tego przypadku, wypowiada autor swe zapatrywania na powstawanie wgłobienia. U osobników odpowiednio usposobionych, dzięki beztłuszczowej i wiotkiej krezce, skutkiem zadrażnienia ścian jelita przez ciało (obce) twarde, a zwłaszcza ostrokanciaste, powstaje miejscowy skurcz jelita. Ztąd wynika przemijająca niedrożność jelita, wzniecająca spotęgowany ruch robaczkowy powyżej przeszkody, zwiotczenie zaś ścianek jelita poniżej jej. W tej chwili część jelita, obkurczona ewentualnie około ciała obcego, zostaje wpochwiona. Wpochwienie zaś małego nawet stopnia upośledzając krążenie krwi (odpływ krwi żylnej), sprawia, że część wgłobiona obrzęka najbardziej przy obwodzie i działa jako bodziec na część wgłobiającą, której w tej chwili spotęgowany ruch robaczkowy popycha część wgłobioną w kierunku ku odbytnicy, zwiększając tym sposobem (a nie działaniem siły *a tergo*) wgłobienie. *Herman.*

Stadler. **W kwestyi znaczenia leukocytozy w sprawach zapalnych, wychodzących z kątnicy i wyrostka robaczkowego.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. XI, Zeszyt 3, 1903). Autor porównywując swoje własne doświadczenia (z kliniki lipskiej) z danemi, ogłoszonemi drukiem od chwili pojawienia się dotyczącej rozprawy Curschmanna (w roku 1901), przychodzi do następujących wniosków: 1) Zachowanie się ilościowe leukocytów pozwala z wielkiem prawdopodobieństwem, większem niż każdy inny środek rozpoznawczy, odróżnić zapalenie wyrostka robaczkowego, połączone z wysiękiem surowiczo-włóknikowym, od zapalenia z wypociną ropną. W pierwszym przypadku leukocytoza bywa nieznaczna, rzadko przekracza 20.000, a jeżeli przekroczy, to dochodzi do 23.000, lecz na wysokości tej krótko tylko pozostaje i względnie szybko wraca do normy. Zdaje się, że w tych (nieropnych) postaciach liczba leukocytów pozostaje w stosunku prostym do obszaru, zajętego sprawą zapalną. Przeciwnie w przypadku wypociny ropnej (ostrej i szerzącej się) leukocytoza bywa wysoką i dłuższy czas utrzymuje się na znacznej wysokości. W każdym razie 25.000 leukocytów wskazuje stanowczo na sprawę ropną. Oczywiście, że bezwzględnego znaczenia leukocytoza sama, jako taka niema; należy ją uwzględniać obok innych objawów klinicznych, a kierować się nią jedynie w przypadkach wątpliwych i trudnych. W każdym zaś razie wykluczyć należy wpierw inne procesy wikłające, przebiegające również z spotęgowaną leukocytozą (np. zapalenie płuc). 2) Po opróżnieniu ropnia liczba ciałek białych we krwi, po przemijającem podniesieniu się, powinna stale opadać i wracać do normy. Leukocytoza, utrzymująca się przez dłuższy czas i po operacyi, wskazuje, że albo *a*) ropień niedostatecznie się opróżnia, albo *b*) obok ropnia już otwartego istnieje inny, jeszcze nie otwarty. 3) W przypadku ropnia już całkowicie rozwiniętego, dokładnie otorbionego, liczba ciałek białych we krwi może być zupełnie prawidłowa. 4) W przypadkach ogólnego zapalenia otrzewnej, wychodzącego z wyrostka robaczkowego, leukocyty zachowują się różnie, raz zmniejszają się szybko i schodzą nawet poniżej prawidłowego *minimum*, kiedyindziej leukocytoza wzrasta do niebywałej wysokości. Zauważono, że przypadki, przebiegające z dużą leukocytozą, o ile udzieloną została właściwa i we właściwym czasie pomoc chirurgiczna, kończyły się bardzo często pomyślnie; odwrotnie zaś bywa tam, gdzie leukocytoza utrzymywała się w nizkich granicach. Zatem w tych przypadkach leukocytoza może mieć znaczenie prognostyczne. *Herman.*

A. Hammesfahr. **Rękawiczki gumowe przy operacyach aseptycznych.** (*Münch. med. Wochschr.* 1903. Nr. 29.) Doświadczalnie przekonał się H., że rękawice Friedricha o wiele łatwiej i pewniej oczyścić się dadzą sposobem mechanicznym i zbliżyć do stanu bezwzględnej aseptyki, niż skóra rąk. Dlatego też podczas operacyi aseptycznych, w czasie których operujący sam rękawic tych użyć nie może, utrudniają bowiem bardzo operowanie, każe asystującym używać rękawic gumowych. Sam używa ich tylko podczas operacyi septycznych. *Herman.*

Dr. A. Schanz. **Nowy sposób operacyjnego leczenia zastarzałych złamań rzepki.** (*Münch. med. Wochschr.* 1903, Nr. 30). W jednym przypadku zastarzałego złamania rzepki z rozstępem, wynoszącym około 12 ctm., osiągnął S. całkowity czynnościowy wynik tym sposobem, że na znacznej przestrzeni w połowie uda wypreparował mięsień krawiecki, przemieścił go, nie naruszając przyczepu, na zewnątrz i drutem przyszył do obu odłamków rzepki, wydłutowanych rynienkowato na przedniej powierzchni. Szwy wyjął po 14 dniach, a po trzech tygodniach chory zaczął chodzić. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Arystochinina, lek zastępujący chininę. (*Die Heilkunde.* Zeszyt 5, 1903). Według prof. Dresera arystochinina jest przetworem pochodnym chininy, nie ma smaku chininy ani jej nieprzyjemnych wpływów ubocznych. Aby poznać działanie tego przetworu, podawano go na wewn. oddziele prof. Ortnera w Wiedniu w 7 przypadkach zimnicy, w 40 przypadkach róży, w 1 duru i 3 ciężkiego (śmiertelnie zakończonego) gnilnego zakażenia krwi; dalej w różnych postaciach bólów, w nerwobólach po zimnicy i grypie, w rwie kulszowej, w macinnicy i z tego doświadczenia według Bauma, nabyto przekonania, że arystochinina jest wskazaną we wszystkich przypadkach, w których dotychczas podawano zwykle chininę, zatem jest ona lekiem swoistym przeciw zimnicy; lekiem przeciwgorączkowym w pewnych postaciach gorączki; dosyć dobrym środkiem przeciwnerwobólowym; a przytem wolną jest prawie zawsze od właściwych chininie objawów ubocznych, gdyż na 70 przypadków można było raz tylko spostrzegać wymioty, a w innym przypadku wysypkę chininową. *Baschkopf.*

Wlewania rozczynu soli kuchennej w chorobach zakaźnych stosowali podskórnie lub w lewatywach Lubomudrof i Czerepnin z dobrymi wynikami. L. wprowadzał w krótkich odstępach czasu po 100—200 ctm. 3 rozczynu 0·75% do 0·9% soli, dochodząc do ½ lub do całego litra. Wlewania w małych, a ponawianych dawkach nie wywoływały bólów i dawały się nawet stosować u dzieci. Jeśli wlewań do odbytnicy chorzy nie zatrzymują, należy się uciec do wstrzykiwań podskórnych. Od rozczynów soli kuchennej okazały się praktyczniejszymi rozczyny 10% soli fizyologicznej Poehla; chorzy zatrzymują bowiem je łatwiej i dłużej, przytem rozczyny te szybciej mają się wysysać w kiszce. Działanie wlewań objawia się polepszeniem stanu ogólnego, poprawą snu, pełnością i napięciem tętna, zwiększaniem wydzielania moczu, które nieraz dochodziło do nader wielkiej ilości (3—4 L. na dzień). Polepszenie to trwa krótko, trzeba więc wlewania ponawiać. Im wcześniej poczyna się robić wlewania, tem lepsze i pewniejsze wyniki. L. stosował wlewa-

nia w durze brzusznym (50 przypadków), róży, płonicy, ospie, błonicy i w durze osutkowym.

Czerepin próbował wlewań tylko w durze (31 przypadków) Jego system o tyle różni się, że wlewa on odrazu litr płynu (po 6·0 soli kuchennej i kwaśnego węglanu sodowego na 1000·0 wody) o ciepłocie 15°—20°; chory leży na boku z przygiętemi do brzucha kolanami; wlewania robi się powoli pod małem ciśnieniem (z wysokości 1/3 m.), wskutek czego zabieg trwa około godziny. Lawatywa wykonana w ten sposób nie wywołuje biegunki i bywa zatrzymaną przez chorych w ciągu 1/2 do 2, często nawet 6—8 godz. Bolesność brzucha ustępnje, a napięcie powłok zmniejsza się. Przy oddaniu lawatywy odchodzi śluz i cuchnące masy kałowe, poczem znika parcie na stolec, tak często występujące w durze. Cieplota spada zaraz po wlewaniu o 0·4° do 0·5°. Znakomicie działają wlewania na narząd nerwowy; wraca przytomność, sen. Działanie to spostrzegać się daje dopiero po 20—30 godzinach, boć oczywista trzeba dłuższego czasu na rozcieńczenie toksyn i częściowe wypłókanie ich z ustroju. Spadek ciepłoty trwa przez 1 do 2 dni. Zazwyczaj już od drugiego dnia stolec staje się prawidłowym. Oddawanie moczu zwiększa się. Polepszenie ogólne trwa przez 1 do 2 dni; pogarszający się stan wymaga nowej lawatywy. Przeciętnie wystarczają w ciągu duru trzy takie wlewania. (*Therapie der Gegenwort* 1903, 8 Zesz. str. 374 i 375).

O.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 20 października, 1903 r.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 35

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany, przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że budowa domu Towarzystwa postępuje w szybkiem tempie.

III. Kol. Przewodniczący, odpowiadając na interpelacyę kol prof. Kleckiego, zawiadamia, że Komisya słownikowa zasięgała w miarę potrzeby rady lingwistów jeszcze w czasie opracowywania rękopisu słownika; to oświadczenie kol. Przewodniczącego przyjęto do wiadomości.

IV. Kol. Przewodniczący poświęcił kilka słów wspomnienia ś. p. kol. prof. Trzebickyemu, których zgromadzeni stojąc wysłuchali.

V. Kol. Przewodniczący przedkłada listę Komitetu miejscowego na przyszłoroczny Zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie, w skład której wchodzi kol. prof. Hoyer jako przewodniczący i koledzy: Borzęcki i Doc Łepkowski.

VI. Kol. Piotrowski Tym. demonstrował noworodka, zresztą dobrze rozwiniętego, z niedorozwojem, a względnie zupełnym brakiem gałek ocznych.

W dyskusyi zaznaczył kol. Doc. Majewski, że brak zupełny gałek ocznych (anophthalmus) należy do zjawisk nadzwyczaj rzadkich; niedorozwój zaś gałek ocznych (microphthalmus) napotyka się nieco częściej. Co w danym przypadku jest w rzeczywistości, to może rozstrzygnąć dopiero dokładne zbadanie zgłębnikiem.

Kol. Prof. Rosner zwraca uwagę, że obie nieprawidłowości muszą należeć do zjawisk nader rzadkich, skoro poraz pierwszy na tyle porodów klinicznych i szpitalnych je spotyka.

VII. Kol. Dobrowolski wygłosił zapowiedziany odczyt: «Flora pochwy fizyologicznej». W odczycie tym podał w krótkości wyniki swych badań nad florą pochwy prawidłowej u kobiet, będących w rozmaitym wieku i w różnych okresach życia płciowego. Na podstawie swych badań wysnuwa kol. Dobrowolski następujące wnioski 1) że niema wydzieliny jałowej pochwy; 2) że istnieje pewne stała flora pochwy, niezbyt obfita w gatunki; 3) że jakość flory pochwy nie zmienia się ani z wiekiem kobiety, ani z jej okresem życia płciowego, z wyłączeniem flory pochwy ciężarnych, których wydzielina zawiera mniej gatunków mikrobów. Gatunki mikrobów u ciężarnych są jednak również te same, co i u nieciężarnych; 4) że kwasota pochwy jest objawem żywotności tkanek pochwy, a nie zależy zupełnie od mikrobów, w niej żyjących; 5) że wydzielina pochwowa niema swoistych własności bakteryobójczych wobec mikrobów chorobotwórczych; 6) że flora pochwy nie zawiera mikrobów, których chorobotwórczość dałaby się stwierdzić doświadczalnie na zwierzętach.

W dalszym ciągu odczytu zdał kol. D. sprawę z wyników badań Stolza, który udowodnił, że do każdej macicy w połogu, już począwszy od 4 dnia połogu, dostają się mikroby z pochwy i że obecność ich w macicy jeszcze zupełnie nie stanowi o zakażeniu, gdyż te same gatunki spotyka się w macicy położnic niegorączkujących, u położnic z lekką gorączką i z ciężkiem zakażeniem. Mikroby, dostając się do połogowej macicy, zyskują jadowitość rozmaitego nasilenia.

W dyskusyi zabierali głos kol. Prof. Rosner, kol. Gertler, kol. Przewodniczący i prelegent. *Dobrowolski*, sekretarz doroczny.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Das Sanitätswesen in Bosnien und der Hercegovina 1878—1901. *Mit 2 Abbildungen und 2 Karten. Herausgegeben von der Landesregierung für Bosnien und die Hercegovina. Sarajevo. Landesdruckerei,* 1903, stronic 437.

Dwadzieścia pięć lat ubiegło od chwili, w której wojska austryacko-węgierskie przekroczyły Sawę i zajęły Bośnię i Hercegowinę. W sierpniu 1878 roku pociski austryackich karabinów, od których poległy ostatnie zastępy, broniące Bosna Seraju, zamknęły ostatecznie dzieje wielowiekowego panowania padyszachów nad tym krajem. Jeszcze co prawda dyplomaci nie mogli się dotychczas zgodzić, czy Bośniacy mają błogosławić nastanie nowej ery; spierają się o to, czy nie spoczywa na rządzie okupacyjnym wina rzekomego upadku materyalnego ludu bośniackiego, który żył sobie dotychczas w biedzie i ciemnocie duchowej, ale też za to nie znał denerwujących pokus cywilizacyi Zachodu, nie musiał pracować, by módz opłacać podatki w gotówce, gdy dawniej, używając wczasu, składał sułtanowi dziesięcinę *in natura* i t. d. Spierają się politycy o to, czy to dobrze, iż równocześnie z zajęciem tych krajów przez Austro-Węgry nastąpiło silne ich pchnięcie ku światłu cywilizowanego Zachodu. W kraju tym nie było ścisłych obowiązujących ustaw, ani publicznych urzędów, ani dróg; miasta leżały w gruzach, a bieda gniotła ludność, cierpliwie znoszącą nadużycia rozpanoszonego urzędnictwa. Po przyłączeniu Bośnii i Hercegowiny do Austryi zakwitł handel i przemysł, założono szkoły i pobudowano drogi bite i koleje, zaprowadzono ład i porządek, mimoto ludzie nie mogą się pogodzić z nowym stanem rzeczy.

Kto przeczyta zestawienie statystyczne, które właśnie drukiem ogłosił rząd okupacyjny w Sarajewie, musi się chyba szybko zoryentować w tamtejszych stosunkach. Sprawozdanie to, przedstawiające rozwój stosunków zdrowotnych w Bośnii i Hercegowinie od czasu przejścia tych krajów pod władzę austryacką do dni naszych, oparte na autentycznych liczbach, przemawia przekonywująco. Gdy uwzględnimy trudności, które trzeba było przezwyciężyć w kraju zupełnie zoryentalizowanym, wynikające z natury dziejów i religii jego mieszkańców, z zakorzenionego głęboko zabobonu, oraz niechęci wyznawców proroka do medycyny umiejętnej, podziwiać musimy ogrom pracy, wykonanej przez rząd okupacyjny. Do powiększenia trudności przyczyniło się niemało uprzedzenie muzułmanów, nie ufających lekarzom europejskim, ponieważ według ich wierzeń nauka lekarska sprzeciwia się fatalizmowi islamu. Piecza nad zdrowiem ludności bośniackiej znajdowała się przeważnie w rękach partaczy i wyzyskiwaczy, z wyjątkiem małej niewystarczającej liczby lekarzy i aptekarzy, i to wojskowych, wykształconych w „Ecole de Médecine“ w Konstantynopolu. Partacze rekrutowali się głównie śród żydów hiszpańskich, którzy za czasów panowania sułtanów służyli przeważnie jako pomocnicy i laboranci w aptekach wojskowych w Sarajewie i innych miastach. Wykonywali oni praktykę niejako na prawie dziedzictwa, które z ojców przechodziło na synów i sprzedawali łatwowiernej ludności za drogie pieniądze różne leki, lecząc „verbis, herbis et lapidibus“. Wszyscy tak muzułmani, jak katolicy i ortodoksi (Serbowie) wierzyli gorąco, iż choroba, to „fatum“ przez Boga przeznaczone i mimo wielkiej wrażliwości na cielesne bóle znosili ją w cichem poddaniu się. To fatalistyczne zapatrywanie nie odstręczało chorego lub jego otoczenia od szukania ratunku w środkach uświęconych tradycyą. Ilość leków ludowych jest ogromną. Głównie są to rośliny, które jako napar lub zmieszane z tłuszczem, były powszechnie stosowane. Niemałą rolę odgrywa także wiara, iż formułki zaklinania, tak zw. „zapisi“, mogą każdą usunąć chorobę. Kwitła też wiara w urok i drogo musiał niejeden biedak opłacić się przebiegłemu partaczowi za zdjęcie rzuconego nań uroku. Hodżowie (kapłani) tureccy cieszą się nieraz wielką klientelą, którą leczą uzdrawiającemi sentencyami z koranu, zwykle na skrawkach papieru noszonemi na ciele, lub połykanemi. Jeżeli Bośniak przecież zdecydował się zasięgnąć porady u lekarza europejskiego, to żąda wyleczenia już po jednorazowej ordynacyi; gdy przepisany lek nie pomaga natychmiast, rzadko wraca poraz drugi do tegosamego

lekarza. W swój sposób „ordynuje“ znowu domorosły „hekim“, t. j. partacz, który w nędznym sklepiku siedzi apatycznie i słucha cierpliwie opowiadania chorego, lub jego krewnych i — najczęściej bez badania — podaje „cudowne lekarstwo“. Stosunki te opisał nadzwyczaj pouczająco Dr. Leopold Glück, dyrektor szpitala krajowego w Sarajewie, w swej rozprawce: „Skizzen aus der Volksmedicin“ und dem medicinischen Aberglauben in Bosnien und der Hercegovina“.

Prócz muzułmańskich hodżów zajmują się też leczeniem księża Franciszkanie, którzy stanowili w dawniejszych czasach najinteligientniejszą część ludności bośniackiej. Byli jej doradcami we wszelkich sprawach, a także w przypadkach choroby, zwłaszcza, że niektórzy z nich kształcili się na lekarzy. W najlepszej wierze spieszyli do chorych z radą i pomocą, kierując się najszlachetniejszymi popędami. Ulegając jednak naleganiom chorych, odprawiali ceremonie egzorcyzmu dla wypędzenia demona z opętanego chorego*). Zgodnie z takim stanem rzeczy nie dziw, iż w krajach tych różne epidemie, jak cholera i ospa, często bardzo trapiły mieszkańców. Panowały też endemicznie choroby, po części nam nieznane. Organizacya służby zdrowia, jaką zastano po okupacyi, była bardzo niedostateczną. Jedyny szpital (Vakufspital) w Sarajewie miał lekarza od roku 1866. W roku 1878 naliczano w kraju: jednego lekarza gminnego i czterech lekarzy prywatnych, — bynajmniej nie wszyscy dyplomowani doktorowie, — a oprócz nich tureccy lekarze wojskowi i cały szereg partaczy.

Wobec tego stanu rzeczy przystąpił rząd okupacyjny natychmiast do zorganizowania publicznej służby zdrowia. Każdy z 6-ciu obwodów otrzymał swego lekarza, promowanego na jednym z uniwersytetów austryacko-węgierskich, jako referenta sanitarnego; oprócz 6-ciu lekarzy obwodowych było w roku 1901 już 45-ciu lekarzy powiatowych (Distriktsarzt), 18 lekarzy szpitalnych; kobiet lekarek rządowych 3, lekarzy gminnych 22, kolejowych 3, prywatnych 12, dentystów 2. Utworzono też komisye sanitarne, a przy rządzie centralnym krajową Radę zdrowia, jako władzę orzekającą we wszystkich rządowych sprawach zdrowotnych, obchodzących rząd i jako fachowy urząd sądowo-lekarski. W sprawozdaniu czytamy o różnych przeszkodach, które się tu nasuwały z powodu braku lekarzy, braku funduszów, niechęci ludności ze względu na podatki nałożone dla opłacania lekarzy i t. d.

Dzięki inicyatywie zmarłego niedawno ministra finansów Kállaya utworzono w roku 1892 urzędową posadę dla lekarza-kobiety. Obecnie praktykują jako „Amtsärztin“ cztery koleżanki: Dr. Bohusława Keck, Dr. Teodora Krajewska, Dr. Jadwiga Olszewska i Dr. Róża Einhorn; nadto, jako lekarz prywatny, Dr. Gizela Kuhn, za mężem Januszewska. Tym ważnym krokiem rozwiązano trudną i drażliwą sprawę, gdyż zadaniem kobiety-lekarki jest głównie udzielanie pomocy lekarskiej kobietom muzułmańskim. Mahometanki czują nieprzezwyciężoną prawie obawę przed lekarzami-mężczyznami; obawa ta, mająca podstawę w wierzeniach religijnych, przenosi się z pokolenia na pokolenie. Żadnemu obcemu mężczyźnie nie wolno przekroczyć progu haremu, więc także nie wolno i lekarzowi: z tego powodu mahometanki szukały zawsze pomocy u zabobonnych szarlatanek, które wiele złego wyrządzały. Kobiety-lekarze, mając wolne wejście do haremu i mogąc dokładniej zapoznać się z stosunkami mieszkania i trybu życia turczynek, mają także więcej sposobności, niż inni lekarze, wpłynąć na zaniechanie szkodliwych zwyczajów i wprowadzenie higienicznych warunków w rodzinne życie muzułmanów. Sprawozdanie oddaje też hołd naszym koleżankom bośniackim, a że hołd ten zasłużony, pouczają liczby. Od roku 1893—1901 leczyły one 19.148 chorych i to 67% dorosłych i 33% dzieci. Między chorymi dorosłymi było 12.570 = 98% kobiet i 255 = 2% mężczyzn, którzy przy sposobności leczenia żon zasięgali porady. Między kobietami było 10,259 = 53% wyznania mahometańskiego. Liczby te stwierdzają, jak wielkiem dobrodziejstwem jest instytucya kobiet-lekarzy dla muzułmanek. Wyniki leczenia przedstawiają się bardzo korzystnie; niestety rubryka „wynik niewiadomy“ poucza, iż wiele chorych, którym nie można było zaraz pomódz, traci cierpliwość i przerywa leczenie, lub nie pokazuje się więcej, gdy tylko polepszenie nastąpi. Tablice wykazują, iż praktyka lekarzy-kobiet nie jest czysto tylko ginekologiczną, lecz wszechstronną. Zasługa, należąca się tym pionierkom cywilizacyi w Bośnii i Hercegowinie za polepszenie warunków higienicznych w rodzinach mahometańskich jest nie mniejszą od zasług, osiągniętych wynikami leczniczymi. Dr. Krajewska wzbogaciła nasze wiadomości pracą oryginalną o rozmiękczeniu kości: „Osteomalacie in Bosnien“ (Wiener med. Wochs. Nr. 38 i nast. 1900). Wskutek kontroli rozciągniętej nad praktyką położnych, zaszedł niezbity fakt, iż gorączka połogowa przydarza się o wiele rzadziej, ponieważ nawet najuboższe położnice wzywają w razie potrzeby pomocy położnych.

Przed rokiem 1878 był w Sarajewie tylko jeden dyplomowany aptekarz i jedna publiczna apteka; w roku 1901 jest już 44 publicznych aptek i tyluż aptekarzy, oraz 22 aptek domowych. Cena leków stosuje się do taksy leków austryackiej farmakopei z tą tylko różnicą, iż przyznano aptekom, od granicy austryacko-węgierskiej więcej, niż 35 kilometrów oddalonym, 10%-owy dodatek dla wyrównania kosztów sprowadzania leków. W przecięciu wypada na 35.000 mieszkańców jedna publiczna apteka, na 13.000 mieszkańców jeden lekarz. (Dokończ. nast).

*) Barwny obraz takiego egzorcyzmu skreślił wtajemniczony w stosunki, panujące w Bośnii autor Roda-Roda w czasopiśmie «Die Zeit» 1903 r. W Podmiliaczce, niedaleko rzeki Urbasu, znajduje się przy klasztorze księży Franciszkanów mały kościółek, słynny z cudów, które może zdziałać dzięki pomocy św. Jana. Tu gromadzi się w dniu tego Świętego mnóstwo ludzi z całego półwyspu bałkańskiego, szukając ulgi w swych cierpieniach. Przedstawiciele wszelkich wyznań, nie wykluczając muzułmanów, cisną się do biegłych w sztuce lekarskiej pobożnych mnichów: turczynka z Hercegowiny z czerwoną maską aksamitną na twarzy, chłop z Trawnika z głową do połowy ogolony i warkoczem; tatuowani katolicy z czerwonymi turbanami na głowie; hiszpańcy żydzi ubrani już po europejsku, bośniaccy żandarmi, Albańczycy, wychwalający głośno swoje »buza«, t. j. piwo z kukurydzy, kobiety serbskie w przestronnych spodniach z sznurami dukatów na szyi i w złotem tkanych czepkach; dziewczęta z nad Sawy, które wplotły we włosy czarną wełnę, naparstki i monety; muzykanci-cyganie; Turcy z Konstantynopola i Krety, Grecy, »Szwabi«, t. j. »Austryacy« i inni. Chorzy, przez dyabła opętani, muszą, suwając się na kolanach, okrążyć kościół słynny z łask. Tu muzułmanin chory wykrzykuje swoje »la ilahe illahah« (żaden Bóg oprócz Boga); tam rzekomo przez dyabła opętany woła głośno, raczej demon szczeka z chorego, — wszyscy cisną się do ołtarza. Mnich przegląda chorych; ten, którego uważa za obłąkanego, musi się usunąć; do kościoła wolno wejść jedynie opętanym. Mnich, który się przygotował modłami i postem, rozpoczyna ceremonię wypędzania demona, w otoczeniu braci zakonnych. Jest właściwością dyabła, iż daje odpowiedź w języku, w jakim się do niego przemawia. »Quo modo vocaris?« — pyta się mnich chorego (właściwie siedzącego w nim demona). »Exi!« rozkazuje mnich, a gdy szatan dalej szczeka, pyta się: »Unde es?« Po odprawieniu mszy św. odmawia franciszkanin nad każdym chorym następującą modlitwę (»precatio supra aegrotos«):

»Jesus Christus dominus noster
apud te sit, ut te defendat,
intra te sit, ut te conservet,
ante te sit, ut te ducat,
post te sit, ut te custodiat,
super te sit, ut te benedicat«.

Jeżeli uparty szatan nie chce zaraz ustąpić, powtarza się to postępowanie. Niektórzy chorzy budzą się z omdlenia pod wpływem zimnego strumienia święconej wody; inni, którzy dalej bluźnią, muszą poddać się ostrzejszemu egzorcyzmowi. Nie zawsze się sprawa udaje. Rząd bośniacko-hercegowiński zabronił już przed trzema laty odprawiania zaklęć przez Franciszkanów, mimo to jednak corocznie setki rzekomo opętanych spieszą do kościółka w Podmiliaczce. W dobrej wierze usiłują pomódz bracia zakonni, a jeśli który z chorych nie doznał ulgi, zwraca się znowu pełen otuchy do hodży lub popa, może ci więcej potrafią.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 listopada.

*** Z Sejmu.** W sprawie wniosku p. rektora Rydygiera, dotyczącego budowy gmachów potrzebnych dla pomieszczenia klinik Wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego, Komisya sanitarna złożyła sprawozdanie, zakończone wnioskami, które W. Sejm uchwalił.

»Sprawozdanie« Komisyi sanitarnej w streszczeniu brzmi, jak następuje:

W myśl umowy, zawartej między Wydziałem krajowym a c. k. rządem w roku 1892, dwie kliniki lwowskiego Wydziału lekarskiego: dermatologiczna i oczna pomieszczone zostały w głównym budynku powszechnego szpitala lwowskiego.

Według wymagań rządu Wydział krajowy oddał na ten cel szereg sal szpitalnych, które odpowiadały w zupełności potrzebom i warunkom istniejącym w powszechnym szpitalu lwowskim, lecz nie czyniły zadość wymaganiom klinicznym. Klinika wymaga pewnego ugrupowania i rozkładu sal, o czem, w obec istniejącej już budowy szpitalnej, myśleć nie było można. To też i sześcioletnie doświadczenie wykazało, że n. p. w klinice dermatologicznej wytworzyły się istotnie stosunki, uniemożliwiające prowadzenie kliniki i nauczanie kliniczne. Nauka kliniczna wymaga, aby uczniom przedstawić różne kategorye chorych,

którzy osobno powinni być pomieszczeni; tymczasem to było niemożebne do przeprowadzenia i dlatego też zdarzało się, że chorzy zarażali się w klinice chorobami jeden od drugiego, n. p. różą. Razem z chorymi kiłowymi, w pokojach, przepełnionych parą rtęci, muszą się mieścić chorzy tem cierpieniem nie obarczeni, skutkiem czego wydarzają się u nich przypadki zatrucia rtęciowego. — Podobnie rzeczy się mają i w klinice okulistycznej, o tyle chyba odmiennie, o ile nauka kliniczna chorób oczu inne ma wymagania. — Profesorowie kliniczni opisali fakta w memoryałach wyczerpujących i wykazali braki.

Rząd który na ten stan rzeczy przyzwolił, widzi złe i okazuje skłonność do poniesienia części kosztów na wzniesienie nowych budowli dla klinik już istniejących: dermatologicznej i ocznej.

Samo przezsię rozumie się, że skoro pomieszczenie kliniki chorób skórnych i kliniki chorób oczu wypadło tak niefortunnie, nie może być mowy o tem, aby brakujące jeszcze klini i, niezbędne do prawidłowego funkcyonowania Wydziału lekarskiego, mogły być umieszczone w głównym budynku lwowskiego szpitala powszechnego; nie ulega wątpliwości, że dla tych klinik, aktywować się mających, muszą być wystawione osobne nowe budynki, odpowiadające wszelkim wymaganiom. Co się tyczy klinik, których jeszcze Wydział lekarski lwowski nie posiada, t. j. kliniki chorób umysłowych i kliniki chorób krtani, gardła, nosa i uszu, Komisya sanitarna sądzi, że wybudowanie ich jest sprawą naglącą.

Nowa ustawa, wydana rozporządzeniem c. k. ministeryum oświaty r. 1899, normująca stosunki rygorozów lekarskich, wymaga koniecznie, aby się w Wydziałach lekarskich odbywały wykłady kliniczne z dziedziny psychiatryi, pediatryi, laryngologii i otyatryi, a ustawa ta obowiązuje od roku szkolnego 1900/1 tak, że jeżeli w przeciągu roku szkolnego 1904/5 kliniki te nie będą otwarte, w takim razie słuchacze nie będą się mogli wykazać, że słuchali przytoczonych przedmiotów i według nowej ustawy nie będą mogli być przypuszczeni do egzaminów. Słuchaczom lwowskiego W. l. nie pozostawałoby zatem nic innego, jak gremialnie udać się na inny Uniwersytet, a to tem więcej, że ustawa żąda koniecznie, aby wszystkie rygoroza były składane na tymsamym Wydziale lekarskim.

Według wskazanej we wstępie umowy między Wydziałem krajowym a rządem, kraj się zobowiązał do rokowań z nim w sprawie wzniesienia brakujących jeszcze klinik. Rokowania te aczkolwiek rozpoczęte, idą bardzo powolnym krokiem tak, że zamiast, aby kraj się domagał jak najszybszego ukończenia lwowskiego Wydziału lekarskiego, c. k. rząd poczyna rzecz urgować, a ostatni urgens taki nadszedł w sierpniu b. r. Co więcej rząd, do którego należy czuwanie nad Uniwersytetami, widząc, jakie niebezpieczeństwo grozi Wydziałowi lekarskiemu, że z braku klinik musiałoby być wstrzymane dalsze promowanie doktorów, proponuje zaprowadzenie prowizorycznych wykładów, aby się literze ustawy stać mogło zadość. Wezwanie w tym kierunku otrzymał Wydział lekarski od c. k. Ministeryum reskryptem z r. 1902. Nadto otrzymał Wydział lekarski ponowne pismo w tej sprawie z c. k. namiestnictwa.

Komisya sanitarna sądzi, że obowiązkiem władz krajowych jest nie dopuścić do upadku Wydziału lekarskiego lwowskiego, którego znaczenie dla nauki polskiej i dla gospodarstwa krajowego kraj wysoko ocenił, skoro się o niego starał i przez szeregi lat pomieszczał między swemi postulatami.

Umowa zawarta między c. k. rządem a władzami krajowemi wcale nie zwalnia władz rządowych od obowiązku starania się, aby Wydział lekarski lwowski dorównywał innym równorzędnym wydziałom lekarskim, istniejącym w innych krajach koronnych.

Wobec tego komisya sanitarna sądzi, że Wydział krajowy powinien wymagać od reprezentacyi krajowej w Radzie państwa, aby się domagała wszelkimi środkami parlamentarnymi tego, co się krajowi należy, t. j., aby c. k. rząd wstawił wydatną sumę do budżetu państwowego na natychmiastową budowę klinik brakujących, a nadto, aby wybudował kosztem skarbu państwa nowe kliniki dla chorób skórnych i chorób oczu, odpowiadające wymaganiom nauki i równorzędne z innemi podobnemi klinikami w państwie, a uczynić to może stosunkowo niewielkim kosztem, gdyż możnaby, budując gmachy na pomieszczenie kliniki psychiatrycznej i laryngologicznej, na tych samych fundamentach i pod tymi samymi dachami wystawić odpowiednie piętra, w którychby się pomieściły kliniki chorób skórnych i chorób oczu.

Komisya sanitarna zatem wnosi:

1. Wzywa się Wydział krajowy, aby z c. k. rządem ukończył jak najspieszniej rozpoczęte rokowania, celem ułożenia ostatecznego planu, według którego ma nastąpić: wzniesienie potrzebnych budynków dla pomieszczenia tych klinik Wydziału lekarskiego c. k. Uniwersytetu lwowskiego, które muszą być w najbliższym czasie kreowane dla uzupełnienia tego Wydziału na wzór wszystkich innych w Austryi istniejących Wydziałów lekarskich, a mianowicie: kliniki chorób nerwowych i umysłowych, kliniki chorób krtani, gardła, nosa i uszu

2. Wzywa się c. k. rząd, aby nie tylko wyznaczył odpowiednią wydatną kwotę, któraby po przyczynieniu się kraju była dostateczną do pokrycia kosztów wzniesienia budynków dla brakujących klinik, lecz aby zarazem pokrył ze skarbu państwa nadwyżkę, która będzie potrzebną, aby w tych budynkach znalazły pomieszczenie nietylko klinika chorób nerwowych i umysłowych, jakoteż klinika chorób krtani, gardła, nosa i uszu, lecz także klinika weneryczno-dermatologiczna i okulistyczna.

3. Wzywa się c. k. Rząd, aby wstawił na ten cel do preliminarza budżetowego na rok 1904 odpowiednią potrzebną kwotę dla natychmiastowego rozpoczęcia tych budowli.

4. Upoważnia się Wydział krajowy, aby w preliminarzu budżetu na rok 1905 stosownie do wyników rokowań z c. k. rządem, przedstawił Sejmowi odpowiednie wnioski co do potrzebnych na ten cel kredytów.

(c. d. n.)

(J.) Opuścił prasę IV-ty zeszyt zbiorowego dzieła „Nauka o chorobach wewnętrznych“ pod redakcyą prof. W. Jaworskiego w Krakowie. Zeszyt ten zawiera: Choroby narządu moczowego przez Doc. Wiczkowskiego i Choroby wątroby, napisane przez prymaryusza Dra. Piska. Objętość zeszytu wynosi 10 arkuszy druku, jest do nabycia w księgarniach H. Altenberga we Lwowie i S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie po cenie 3 K. — Piąty zeszyt wyjdzie w grudniu, b. r.

* Zmarły w Warszawie z. miesiąca Dr. A. Rucker poczynił następujące zapisy 1) 5000 rubli na szpital dzieci przy ul. Aleksandrya; 2) 1000 rub. na instytut oftalmiczny w Warszawie i 3) 1000 r. na Kasę wsparcia wdów i sierot po lekarzach.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę lwowskiego Wydziału lekarskiego, nadającą Dr. Edmundowi Biernackiemu *veniam legendi* z zakresu patologii ogólnej i doświadczalnej.

* Do Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego nadesłali dary:

1. Pani Cecylia Kaczkowska: Księgozbior ś. p. Dr. Karola Kaczkowskiego, 2. Prof. J. Raczyński: Kilka roczników czasopism lekarskich. 3). Dr. Ludwik Czernichowski. (z Orszy) Kilkadziesiąt dzieł lekarskich (w 134 tomach), i 4) Dr. S. Horoszkiewicz: pojedyncze zeszyty rozmaitych czasopism lekarskich.

Ofiarodawcom składam serdeczne podziękowanie.

Dr. Wrzosek. Bibl. Krak. Tow. Lek.

* W Berlinie ma być założony zakład Behringa na wzór paryskiego zakładu Pasteura.

* Prof. Nissl otrzymał wezwanie do zastąpienia na katedrze psychiatryi prof. Kraepelina, który, jak donosiliśmy, przeniósł się do Monachium

Mianowania i odznaczenia. Doc. ginekologii w Królewcu, Dr. Rosiński, otrzymał tytuł profesora. Dr. Ruitinga mian. profesorem wew. medycyny w Amsterdamie. Dr. Albrecht, nauczyciel dentystyki w Berlinie, otrzymał tytuł profesora.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Aleksander Zawadzki, starszy ordynator szpitala Ujazdowskiego, — w Warszawie, w 67 r. życia. Dr. Szymon Ładniewski we Lwowie. Dr. Leon Kulski, l. 28, — w Warszawie. Dr. Duffey, prof. terapeutyki, — w Dublinie.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Nr. 11 Władzłowski: Przedarcie macicy w połogu — wyleczenie

— *Krytyka lekarska* Nr. 11. Rzętkowski: Nekrolog ś. p. Wł. Brodowskiego. Kramsztyk: Udział woli w badaniach naukowych. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 44. Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki i gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus. Łapiński: Bezkrwawe leczenie zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych (dok.) Landau: O rozczłonkowaniu azotu w moczu u ludzi zdrowych (dok.).

— *Medycyna* Nr. 44. Srebrny: Pleśniawki u zdrowych ludzi dorosłych. Bronowski: Przypadek *nephritis haemorrhagicae chronicae* leczony operacyjnie.

— *Kronika lekarska* Nr. 20. Halle i Motz: O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających (c. d.). Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtriere (c. d.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii radomskiej (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 44. Maixner: Ledvina a syfilis (dok.). Ehler: O případu intersticielni pankreatitidy. Panýrek: Námitky k poznámkám dr. B. Vacka o mém článku „Chirurgie d' urgence a prvni pomoc laicka. Meze kompetence“.

— *Sbornik klinický* N. 1 Vanýsek: Nápadná expiračni retardace pulsu u některých neurastheniků. Samohrd: O haemorrhagické formě břišniho typhu. Lhota: Výsledky vnitřniho léčeni tuberkulosniho zánětu pobřišnice.

— *La Presse médicale* Nr. 86. Marandon de Montyel: Poliurya pospolita w pierwszych dwóch okresach porażenia ogólnego. Lyon: Leczenie lekami zapalenia wyrostka robaczkowego.

— Nr. 87. Schwab i Lévy-Bing: Leczenie kiły noworodków wstrzykiwaniami rozpuszczalnej rtęci. Romme: Działanie chlorku sodowego na nabłonek nerkowy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41. Heubner: Przemówienie przy otwarciu nowej kliniki uniwersyteckiej i polikliniki pedyatrycznej w szpitalu Charité. Moraczewski: Przebieg gorączki po splenektomii. Mangelsdorf: O jednym objawie żołądkowym przy migrenie i w napadzie padaczki. Kaiserling: Kliniczne oznaczenie pepsyny metodą Mettego. Moreschi: O przyrodzie izohemolizyny surowicy krwi ludzkiej (dok.). Ascher: Gruźlicze i niegruźlicze choroby narządów oddechowych w Prusiech od r. 1875.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45. Feinberg: O czynniku nowotworowym raka ludzi i ssawców. Pirquet: Przyczynek do teoryi okresu wylęgania chorób. Schmeichler: Uwagi nad zakażeniem jaglicą. Urbantschitsch: Uwagi kazuistyczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 44. Hess: Przyczynek doświadczalny do etyologii obumierania trzustki i tkanki tłuszczowej. Schatz: O oberwaniu pochwy i mięśni dna miednicy, jako przyczynie opadnięcia narządu rodnego. Hegar: Leczenie świeżego rozdarcia śródkrocza. Skrobanský: Przyczynek do uodporniania owaryną. Joachim: Przyczyna mętnienia mlecznych płynów puchliny brzusznej. Pagenstecher: Złamania kości łódkowatej i zejście ich w staw rzekomy. Schilling: Użyteczny dla praktyka stolec sitkowy. Bickel: Uwagi nad artykułem dr. Engelmanna: „Oznaczenie elektrycznego przewodnictwa płynów. Hey: Przyczynek do kazuistyki myastenii złośliwej rzekomoporaźnej,

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 45. Koeppe: Fizykalne rozpoznanie czynności nerek. Croner: Sto poliklinicznie spostrzeganych przypadków cukrzycy, w szczególności jej stosunek do gruźlicy i stwardnienia tętnic. Margulies: Stosunek kiły do chirurgii nerek. Schanz: Zapalenie oczów noworodków, a gonokoki. Sticher i Hirt: Cystoskopijnie wykazalne zmiany w pęcherzu przy raku macicy (dok.).

Redakcya otrzymała. Prace z pracowni Dr St. Serkowskiego w Łodzi Serkowski: Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi r. 1903. D. Krajewska: Jahresbericht der Amtsärztin Dr. T. Krajewska in Sarajevo für das Jahr 1902.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 18 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej profesora Szajnochy,* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Spira mieć będzie wykład p. t. „Choroby uszne i zaburzenia mowy“.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 44 (od 1/XI do 7/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 23, dz. 19; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 11, kob. 14; zamiejscowych: męż. 10, kob. 7.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy	W tym czasie doniesiono o chorobach zakaźnych: Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	—	—		
2	Gruźlica	4	2		
3	Zapalenie płuc	1	1		
4	Dławiec i błonica	—	2	1	2
5	Krztusiec	—	—	—	—
6	Ospa	—	—	—	—
7	Płonica	1	1	3	4
8	Odra	—	—	3	—
9	Dur osutkowy	—	—	—	—
10	Dur brzuszny	—	—	1	3
11	Czerwonka	—	1	—	—
12	Cholera azyatycka	—	—	—	—
13	Cholera dzieci	—	—	—	—
14	Cholera swojska	—	—	—	—
15	Gorączka połogowa	—	—	—	—
16	Zakażenie przyranne	—	—	1	—
17	Inne choroby zakaźne	—	—	—	—
18	Choroby przen. ze zwierząt	—	—		
19	Krwotok mózgowy	—	—		
20	Choroby narządu krążenia	5	2		
21	Nowotwory	2	1		
22	Inne przyczyny śmierci natur.	11	6		
23	Śmierć przypadkowa	1	1		
24	Śmierć gwałtowna	—	—		
	Razem	25	17		

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Ponieważ nie mogę sobie przypomnieć komu pożyczyłem jeden tom dużego podręcznika Veita (Handbuch der Gynaekologie), przeto za pośrednictwem „Przeglądu lekarskiego“ ośmielam się upraszać Szan. Kolegę, który książkę tę pożyczył, o łaskawy jej zwrot. **Dr. Aleksander Rosner.**